

Ciências da Saúde no Brasil: Impasses e Desafios

2



Isabelle Cerqueira Sousa
(Organizadora)

Ciências da Saúde no Brasil: Impasses e Desafios

2



Isabelle Cerqueira Sousa
(Organizadora)

Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecário

Maurício Amormino Júnior

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremona

Karine de Lima Wisniewski

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

Shutterstock

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os Autores

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

A Atena Editora não se responsabiliza por eventuais mudanças ocorridas nos endereços convencionais ou eletrônicos citados nesta obra.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves -Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande

Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Me. Adalto Moreira Braz – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Ma. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Profª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília

Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa
Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Dr. Fabiano Lemos Pereira – Prefeitura Municipal de Macaé
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza
Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Ma. Lillian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior

Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo

Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará

Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco

Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal

Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba

Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão

Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo

Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana

Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí

Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo

Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Bibliotecário: Maurício Amormino Júnior
Diagramação: Camila Alves de Cremona
Correção: Vanessa Mottin de Oliveira Batista
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizadora: Isabelle Cerqueira Sousa

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

C569 Ciências da saúde no Brasil [recurso eletrônico] : impasses e desafios 2 / Organizadora Isabelle Cerqueira Sousa. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-5706-430-6

DOI 10.22533/at.ed.306202809

1. Ciências da saúde – Pesquisa – Brasil. I. Sousa, Isabelle Cerqueira.

CDD 362.10981

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A coleção “Ciências da Saúde no Brasil: Impasses e Desafios” é uma coletânea composta de nove obras, e aborda no seu segundo volume uma contextualização ampla da Promoção da saúde, numa perspectiva que vai além dos cuidados específicos de saúde, buscando a criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade e propensão ao desenvolvimento das doenças. Com esse enfoque esse volume brinda os leitores com capítulos que versam sobre: a prevenção através das vacinas, tratamentos fitoterápicos com plantas medicinais e seus derivados que têm sido empregadas, ao longo do tempo, para tratamento e prevenção de diversas afecções. Teremos também estudos e cuidados no período da gestação, parto e pós-parto, como por exemplo: os principais tipos de violência na parturição, os malefícios do tabagismo e as complicações que podem afetar diretamente a saúde do feto, abordagem da toxoplasmose durante a gravidez na atenção primária à saúde, os benefícios do aleitamento materno e atenção na higienização oral do bebê que deve começar muito antes dos primeiros dentes erupcionarem, pois nos recém-nascidos, existe a necessidade de higienização, no sexto mês, quando costumam aparecer os primeiros dentes e também onde se inicia a alimentação do bebê.

No âmbito das dificuldades enfrentadas pelas famílias, o estudo: “Perscrutando uma família que vivencia sofrimento mental” objetivou identificar as percepções das famílias que vivenciam o sofrimento mental na busca pela assistência, nesse sentido a pesquisa analisou se o serviço oferecido na Unidade Básica de Saúde (UBS), sob a ótica familiar, encontrava-se apto a atender as necessidades de adoecimento das famílias, dessa forma o estudo proporciona uma rica reflexão da qualidade da assistência que está sendo oferecida atualmente nesse segmento da saúde pública.

Outro assunto que consta nessa coletânea é o cuidado paliativo, definido pela Organização Mundial da Saúde como sendo “a assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, para a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos espirituais” dispondo de um cuidado humanizado (OMS, 2002).

Será apresentado nesse volume também: - uma análise da importância da atenção primária à saúde na prevenção e controle da Doença de Chagas, - concepções dos profissionais de saúde sobre Tuberculose na cidade de São Gonçalo (Rio de Janeiro), e um relato de experiência que descreve a importância da visita domiciliar ao paciente com hanseníase, permitindo conhecer a os sentimentos dessas pessoas que convivem com essa patologia que gera grande impacto em suas vidas.

Sabemos o quanto é importante divulgar os avanços da ciência e da saúde no

Brasil, seus impasses e desafios, por isso a Atena Editora proporciona através dessa coletânea, nove volumes propiciando uma rica divulgação de trabalhos científicos para que os pesquisadores da área da saúde possam expor os resultados de seus estudos.

Isabelle Cerqueira Sousa

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

PROMOÇÃO À SAÚDE: COMO FAZER E AGIR?

Vagner Pires de Campos Junior
Lucimara Pereira Lorente
Isabela de Carvalho Vazquez
Angélica Yumi Sambe
Thays Helena Moysés dos Santos
Douglas Fernandes da Silva

DOI 10.22533/at.ed.3062028091

CAPÍTULO 2..... 9

PALIATIVISMO: PERCEPÇÕES DA ENFERMAGEM SOBRE A REALIZAÇÃO DO CUIDADO

Isabelle Cerqueira Sousa
Lorranna Lima dos Santos Laurindo
Alisson Salatiek Ferreira de Freitas

DOI 10.22533/at.ed.3062028092

CAPÍTULO 3..... 21

ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Gustavo Silva de Azevedo
Ana Cristina Neves de Barros Amorim Morbeck
Ana Maria Porto Carvas
Eliza de Oliveira Borges
Fernanda Bernardes Lelis
Joana Angélica de França Barbosa
Matheus Gomes Silva

DOI 10.22533/at.ed.3062028093

CAPÍTULO 4..... 31

AVALIAÇÃO DA COBERTURA VACINAL PARA INFLUENZA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE, BRASIL, 2010-2018

Beatriz Elarrat Canto Cutrim
Izete Soares da Silva Dantas Pereira
Surama Valena Elarrat Canto
Ana Débora Assis Moura
Ana Vilma Leite Braga
Elaine Cristina da Silva Alves

DOI 10.22533/at.ed.3062028094

CAPÍTULO 5..... 40

VIGILÂNCIA DOS EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO BACTERIANA NO ESTADO DO CEARÁ, BRASIL

Ana Débora Assis Moura
Emília Soares Chaves Rouberte
Francisca Elisângela Teixeira Lima

Cristianne Soares Chaves
Paulo César de Almeida
DOI 10.22533/at.ed.3062028095

CAPÍTULO 6..... 54

ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO TRATAMENTO COM FITOTERÁPICOS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE A *CÚRCUMA LONGA LIN*

Thatiane Benvindo Almeida
Patrícia Oliveira Vellano
Maykon Jhuly Martins de Paiva

DOI 10.22533/at.ed.3062028096

CAPÍTULO 7..... 62

FARMACOVIGILÂNCIA EM FITOTERAPIA: UMA BREVE ABORDAGEM

Nilson de Jesus Pereira Batalha Júnior
Flavia Maria Mendonça do Amaral
Izolda Souza Costa
Mariana Nascimento Batalha
Denise Fernandes Coutinho
Jéssyca Wan Lume da Silva Godinho
Maria Helena Seabra Soares de Britto
Samara Araújo Bezerra

DOI 10.22533/at.ed.3062028097

CAPÍTULO 8..... 77

FITOTERAPIA NO SUS: UM TERRITÓRIO PARA A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

Cynthia de Jesus Freire
Julielle dos Santos Martins
Maria Lúcia Vieira de Britto Paulino
Kelly Cristina Barbosa Silva Santos
Jesse Marques da Silva Junior Pavão
Thiago José Matos Rocha
Renata Guerda de Araújo Santos
Aldenir Feitosa dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.3062028098

CAPÍTULO 9..... 84

PERSCRUTANDO UMA FAMÍLIA QUE VIVENCIA SOFRIMENTO MENTAL: CONTRIBUIÇÕES DO GENOGRAMA E ECOMAPA NA ATENÇÃO BÁSICA

Monnyck Freire Santos Lima
Helca Francioli Teixeira Reis
Edirlei Machado dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.3062028099

CAPÍTULO 10..... 99

PRINCIPAIS TIPOS DE VIOLÊNCIA NA PARTURIÇÃO

Deirevânio Silva de Sousa

Daniela Nunes Nobre
Crystianne Samara Barbosa Araújo
Dominic Nazaré Alves Araújo
Thays Alves da Silva
Gerliana Torres da Silva
Ludmila Cavalcante Liberato
Alessandra Mária de Sousa Fernandes
Kelry da Silva Teixeira Aurélio
Eugênio Lívio Teixeira Pinheiro
Yarlon Wagner da Silva Teixeira
Ivo Francisco de Sousa Neto

DOI 10.22533/at.ed.30620280910

CAPÍTULO 11 108

TABAGISMO DURANTE A GESTAÇÃO E CONSEQUÊNCIAS PARA O FETO

Antônio de Almeida Neto
Débora Cardozo Bonfim Carbone
Ana Lúgia Barbosa Messias
Lorena Falcão Lima
Ellen Souza Ribeiro

DOI 10.22533/at.ed.30620280911

CAPÍTULO 12 118

ATENÇÃO NA HIGIENIZAÇÃO ORAL DO BEBÊ: UMA PERCEPÇÃO MATERNA

Suzane Brito Campos
Gabriel Napoleão Campos
Emília Adriane Silva
Paula Liparini Caetano

DOI 10.22533/at.ed.30620280912

CAPÍTULO 13 123

ALEITAMENTO MATERNO ENTRE MÃES DE UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL

Tatiane Silva Guilherme
Flávia Teixeira Ribeiro da Silva
Kelly Holanda Prezotto
Carolina Fordellone Rosa Cruz

DOI 10.22533/at.ed.30620280913

CAPÍTULO 14 145

ABORDAGEM DA TOXOPLASMOSE DURANTE A GRAVIDEZ NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Lucas Rodrigues Miranda
Giuliana Moura Marchese
Gabriella Leite Sampaio
Flavio de Oliveira Borges
Letícia Lino da Silva
Mariana Bodini Angeloni

DOI 10.22533/at.ed.30620280914

CAPÍTULO 15.....	160
ANÁLISE DA IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PREVENÇÃO E CONTROLE DA DOENÇA DE CHAGAS	
Helena Nathália Silva Melo	
Amanda Cirilo de Oliveira	
Igor Gabriel Meneses Lima	
Diogo Vilar da Fonsêca	
Anekécia Lauro da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.30620280915	
CAPÍTULO 16.....	172
VISITA DOMICILIAR AO PACIENTE COM HANSENÍASE NAS PRÁTICAS DE SAÚDE COLETIVA II: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Cátia Vanessa Rodrigues dos Santos	
Marianna Silva Pires Lino	
Aizia Salvador	
Priscilla Mécia Conceição Carvalho	
DOI 10.22533/at.ed.30620280916	
CAPÍTULO 17.....	179
CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE TUBERCULOSE NA CIDADE DE SÃO GONÇALO, RIO DE JANEIRO	
Amanda Caroline Silva Pereira	
Rogério Carlos Novais	
Mônica Antônia Saad Ferreira	
DOI 10.22533/at.ed.30620280917	
SOBRE A ORGANIZADORA.....	190
ÍNDICE REMISSIVO.....	191

CAPÍTULO 1

PROMOÇÃO À SAÚDE: COMO FAZER E AGIR?

Data de aceite: 01/09/2020

Data de submissão: 04/06/2020

Vagner Pires de Campos Junior

Irmandade Santa Casa de Londrina
ISCAL
Londrina – Paraná
<https://orcid.org/0000-0001-8279-6302>
<http://lattes.cnpq.br/0284268628952617>

Lucimara Pereira Lorente

Universidade Estadual do Norte do Paraná
UENP
Jacarezinho – Paraná
<https://orcid.org/0000-0002-5439-8718>
<http://lattes.cnpq.br/0799092976480211>

Isabela de Carvalho Vazquez

Universidade Estadual do Norte do Paraná
UENP
Jacarezinho – Paraná
<https://orcid.org/0000-0003-2666-166X>
<http://lattes.cnpq.br/6266351961922037>

Angélica Yumi Sambe

Universidade Estadual do Norte do Paraná
UENP
Jacarezinho – Paraná
<https://orcid.org/0000-0002-4545-2110>
<http://lattes.cnpq.br/2722637076110570>

Thays Helena Moysés dos Santos

Universidade Estadual do Norte do Paraná
UENP
Jacarezinho – Paraná
<https://orcid.org/0000-0003-2882-5197>
<http://lattes.cnpq.br/2396845634176909>

Douglas Fernandes da Silva

Universidade Estadual do Norte do Paraná
UENP
Jacarezinho – Paraná
<https://orcid.org/0000-0002-0252-1112>
<http://lattes.cnpq.br/5253407296421628>

RESUMO: A Promoção à Saúde é entendida como uma estratégia de articulação transversal que visa à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade e incorpora a participação social de forma responsável. Este trabalho buscou proporcionar aos alunos da Odontologia e Fisioterapia do Centro de Ciência da Saúde da Universidade Estadual do Norte do Paraná – UENP – Jacarezinho conceitos básicos, pedagógicos e práticos de como interagir com pessoas e comunidades, em momentos que tiverem a oportunidade de participar de eventos que visam à promoção à saúde.

PALAVRAS - CHAVE: Saúde coletiva. Educação em Saúde. Saúde Bucal.

HEALTH PROMOTION: HOW TO DO AND ACT?

ABSTRACT: Health Promotion is understood as a transversal articulation strategy that aims at creating mechanisms that reduce situations of vulnerability and incorporates social participation in a responsible way. This work aimed to provide the students of Dentistry and Physiotherapy of the Health Science Center of the State University of Northern Paraná – Jacarezinho pedagogical and practical concepts of how to interact with people

and communities, in moments that have the opportunity to participate in events that aim at promoting health.

KEYWORDS: Public Health. Health Education. Oral Health.

1 | INTRODUÇÃO

A promoção à saúde (PS) amplia a compreensão de que a saúde não é apenas a ausência de doença, mas que também avança na compreensão da saúde como um estado positivo, referindo-se a uma rede complexa de interdependências e inter-relações na qual não é possível estabelecer uma causalidade linear (FRAGA *et al.*, 2013). Assim, a “saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver [...]”, ela “é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas”(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002 p.19-20). Atualmente é aceito que a sua concepção é a qualidade de vida, e é determinada por vários fatores, incluindo o contexto socioeconômico, comportamento e opções de estilo de vida. A educação e a promoção da saúde moderna são aprovadas em vários documentos pela comunidade internacional e são descritas como o processo pelo qual as pessoas podem aumentar o controle e melhorar sua saúde. O foco da promoção à saúde é alcançar a equidade em saúde para todos (DHAI, 2016). A promoção à saúde vai além dos cuidados de saúde, mas sim busca da criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, (CONASS, 2011).

Saúde associada com a educação se torna constantemente evocada quando a questão que gira em torno das condições e qualidade de vida (DUMUID *et al.*, 2017). A interação entre elas, independentemente de onde ocorre – instituição de ensino ou serviços de saúde – constitui um caminho importante para a conquista da qualidade de vida (DHAI, 2016). A construção de práticas pedagógicas relacionadas a essa interação é um grande desafio frente às demandas que os alunos de graduação enfrentam.

É evidente que educação e saúde interagem em contextos voltados para ações diretas na qualidade de vida da população. Contudo, o aprendizado sobre essa interação e a compreensão das consequências geradas por uma ou outra concepção pedagógica utilizada, predominantemente e ao longo do tempo, não apresenta o enfoque desejável na maior parte dos processos de formação dos profissionais de saúde. Assim, em sua prática, o profissional pode efetuar abordagem mais diretiva ou mais dialógica, frente às situações cotidianas que vivencia, de modo inconsciente, assistemático e, na maioria das vezes, pouco gratificante. Isso costuma gerar insatisfação nos profissionais, mostrando-se não raro ouvir afirmativas negativas em relação ao resultado de interações profissional-usuário que pretendem e deveriam ser educativas: “*Já repeti várias vezes e ele não*

aprendeu; não sei mais o que faço para que mude de comportamento". Para Silva (2006), a definição de educação é contextualizada como uma atualização histórica do homem e condição imprescindível, embora não suficiente, para que ele, pela apropriação do saber produzido historicamente, construa sua própria humanidade histórico-social. Com isso, podemos afirmar que a educação é a apropriação do conhecimento que possibilita escolhas conscientes e livres, em um dado momento e cenário cotidiano, implicando, desta forma, em responsabilidade social, ética e humanitária.

No atual contexto educacional, a transmissão de conhecimentos simboliza a abordagem pedagógica tradicional, sendo que esta mesma prática é aceita pela maioria dos envolvidos na área de educação como ultrapassada. Entretanto é de suma importância afirmar que é por meio da educação tradicional que se dá a transmissão e a assimilação da cultura produzida historicamente (BRANCO *et al.*, 2016). Com isso, ela permite que conheçamos o estágio de desenvolvimento humano atual para que possamos superá-lo. Todavia, só uma educação que vá além de sua função de transmissão de conhecimento, poderá realmente formar profissionais da saúde com capacidade para se apropriar do saber produzido historicamente e construir sua própria humanidade histórico-social, aplicando todo esse contexto educacional na população, para buscar a qualidade de vida da mesma.

Na área de saúde, as mudanças do modelo educacional e das práticas pedagógicas tradicionais têm sido fundamentais para a formação de profissionais capacitados e humanitários, como em situações que mostram a necessidade da promoção à saúde em determinadas sociedades. Isso porque a mudança de um modelo de atenção com foco na doença para outro voltado para a saúde requer muito esforço para a modificação de hábitos e costumes (DHAI, 2016).

Para Falkenberg *et al.* (2014), as ações educativas em saúde envolvem três aspectos principais: profissionais capacitados que buscam a prevenção e promoção da saúde, uma população com escassez de conhecimento e necessidade de aumentar sua autonomia nos cuidados individuais e coletivos, e gestores que auxiliem e incentivem esses profissionais. As práticas pedagógicas em saúde mostram-se como uma estratégia de caráter efetivo quando o objetivo é ofertar informações a determinada comunidade ou população. É um recurso por meio do qual, o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, alcança o cotidiano das pessoas e se constitui como um conjunto de práticas para a promoção da saúde e prevenção de agravos (SANTOS; ROS, 2016).

Desta forma, tendo como base toda a necessidade enfrentada pelos acadêmicos da área da saúde, mostra-se necessário discutir as concepções que subsidiam as ações diretas em saúde como práticas pedagógicas, tornando-as claras para todos os envolvidos. As concepções pedagógicas são as diferentes

maneiras pelas quais a educação é compreendida, teorizada e praticada, ou seja, a forma e modo de operar e de realizar o ato educativo. Assim, através de conceitos teóricos e pedagógicos, pode-se proporcionar um primeiro contato aos alunos de graduação acerca da promoção à saúde e todos os problemas e dificuldades comumente presentes nos serviços de saúde, contribuindo para que sejam capacitados a prestarem assistência de qualidade e sempre visando o bem estar dos atendidos (SAVIANI, 2005). Para que os graduandos consigam aprender sobre a promoção à saúde, é necessário que sejam abordados alguns princípios, conceitos, ética e prática de saúde que respeite a autonomia dos sujeitos/usuários dos serviços de saúde. Neste contexto, a educação em saúde é um dos principais eixos estratégicos para a promoção à saúde e pode ter como objetivo participar de intervenções na realidade concreta de vida de cada sujeito, buscando a qualidade de vida, ou seja, ser uma educação para a cidadania (PEDROSA, 2006). Para se promover saúde não é suficiente informar, mais sim proporcionar uma relação dialógica, uma comunicação libertadora e criativa, levando em conta a reconstrução do saber e do conceito de saúde. Para tanto, é necessário buscar formas didáticas e pedagógicas de ensinar e instrumentalizar os alunos da saúde.

A temática deste projeto de extensão foi permitir que os alunos do curso de odontologia e fisioterapia da Universidade Estadual do Norte do Paraná – Jacarezinho viessem a desenvolver uma base teórica-pedagógica do tema Promoção à Saúde e seus conceitos éticos, através de um aprendizado interativo, dinâmico e contextualizado acerca da temática. O evento contou com a participação de aproximadamente 70 pessoas, incluindo os alunos de Odontologia e Fisioterapia e demais interessados, assim como professores responsáveis pelo evento, abrangendo diferentes perspectivas das suas representações sociais.

2 | METODOLOGIA

O projeto foi realizado por meio de palestras, oficinas, discussões e dinâmicas. Para uma melhor abrangência do evento, foi feito um logo para o evento (figura 1).

O projeto consistiu em seis palestras, com os seguintes temas: *“Atividades lúdicas e sua importância na promoção da saúde”*, ministrada pelo professor Dr. Douglas F. Silva, no dia 14 de agosto de 2017; *“Promoção da saúde bucal: como fazer, como falar e agir”*, ministrada pela professora Ms. Sibelli Parreiras, no dia 21 de agosto de 2017; *“O que podemos ou não comer: alimentos saudáveis”*, ministrada pela nutricionista da secretaria municipal de Jacarezinho, Terezinha Cecilia de Andrade, no dia 29 de agosto de 2017; *“A ética e a humanização no cuidado à saúde”*, ministrada pela professora Dr. Mahara Daian Lemes, no dia 05 de setembro de 2017; *“Como fazer e agir na promoção à saúde dentro da odontopediatria”*,

ministrada pela Dr. Walquiria, dentista atuante na clínica bebê de Ourinhos, no dia 06 de setembro de 2017 e “Qual a importância da odontopediatria para a saúde bucal: da gestação até a adolescência”, ministrada pela professora Dr. Gabriela, no dia 11 de setembro de 2017. Neste evento de extensão, também foi ofertado uma oficina para ensinar os participantes a fabricarem suas próprias atividades lúdicas, que podem ser implementadas na PS. A oficina aconteceu nos dias 22 e 23 de agosto de 2017, ministrada pela discente do terceiro ano de odontologia Maria Tereza e orientada pelo Prof. Dr. Douglas F. da Silva. As atividades lúdicas foram confeccionadas a partir de EVAs, voltada à educação da saúde bucal. E para o encerramento das atividades acontecerá um evento de distribuição de kits para higiene bucal e orientação de escovação dentária às crianças do Projeto Cultura no Bairro, do município de Jacarezinho-PR, pelos participantes do projeto, a fim de trazer a realidade prática da promoção à saúde.



Figura 1 – Logo do projeto.

3 | RESULTADOS

Na palestra do Prof. Dr. Douglas F. da Silva (Figura 2a) os participantes do evento se inteiraram da importância das atividades lúdicas na promoção à saúde, principalmente na saúde bucal. Neste ponto, o professor/palestrante abordou os conceitos básicos e teóricos dessa prática, mostrando que as atividades lúdicas se revelam através de brinquedos, jogos e festas, causando sentimento de descontração e prazer aos envolvidos. Assim, por promover ações menos formalizadas, o lúdico potencializa o vínculo entre profissional e usuário, permite a troca de ideias e sentimentos e, por isso, torna-se capaz de produzir conhecimentos.

A palestra da Prof. Ms. Sibelli Parreiras (Figura 2b) agregou o conhecimento relacionado à prática dentro de comunidades e realidade clínica odontológica, direcionando os participantes de modo como podem agir e executar a promoção à saúde em diversos âmbitos. Nesta palestra também foi apresentado aos participantes conceitos básicos das patologias: cárie dental, periodontite e gengivite, e como essas doenças devem ser abordadas em comunidades durante a promoção da saúde.

A palestra da nutricionista Dr. Terezinha Cecilia de Andrade (Figura 2c) mostrou a importância de uma alimentação saudável em todas as fases da vida e como a alimentação pode ser trabalhada na área odontológica, podendo diminuir a incidência de doenças bucais. A Prof. Dr. Mahara Daian Lemes (Figura 2d) apresentou um pouco sobre a realidade do dia a dia das UTIs e como realizar um tratamento mais humanizado e integrado. Nesta palestra, foi mostrado que na saúde o tratamento humanizado é aquele que se preocupa com os indivíduos além da visão técnica da doença, dos procedimentos cirúrgicos e dos remédios. É se preocupar com o lado emocional do usuário, e fazer com que o paciente confie e sinta que o profissional da saúde o vê afetivamente, com os problemas que são inerentes do cotidiano, como um ser falível, e assim recuperá-lo de suas condições físicas corroborando para a sua melhoria emocional.

A Dr. Walquiria (Figura 2e) apresentou sobre a clínica bebê, de Ourinhos, onde praticam a promoção à saúde, sendo uma das estratégias principais. A palestrante evidenciou a importância da saúde bucal das crianças, mesmo em idades inferiores a três anos. Nesta palestra foi apresentado como fazer promoção e prevenção da saúde bucal, através de conceitos e práticas com relação à alimentação, a amamentação, a dieta do açúcar, o manejo e higienização da boca das crianças.

A Prof. Dr. Gabriela apontou as dificuldades e a maneira como se deve trabalhar com pacientes desde 0 a 14 anos e gestantes. Todas as palestras discutiram e apresentaram a realidade prática e teórica, dentro da PS, agregando maior qualificação na formação dos participantes.

A oficina de atividades lúdicas (figura 3) proporcionou aos participantes aprender a realizar suas próprias brincadeiras recreativas para trabalhar a promoção à saúde com crianças.



Figura 2 – Palestras. (2a – Prof. Dr. Douglas F. da Silva, 2b – Prof. Dr. Sibelli Parreiras, 2c – Dr. Terezinha Cecilia de Andrade, 2d – Prof. Dr. Mahara Daian Lemes, 2e – Dr. Walquiria, 2f – Prof. Dr. Gabriela.)



Figura 3 – Oficina de atividades lúdicas.

4 | CONCLUSÕES

No projeto os participantes se qualificaram em informações e conceitos básicos da saúde em geral e da saúde bucal e seus protocolos de atenção;

- Foram ensinados a identificar os diferentes processos sociais, culturais, comportamentais, biológicos, entre outros, que interferem na dinâmica dos problemas de saúde bucal de indivíduos, famílias e comunidade;
- Formaram-se reflexões éticas aos principais problemas de saúde bucal das comunidades regionais;
- Foram instruídos a analisar diferentes diagnósticos e atuação dos profissionais de saúde sobre fatores de risco e agravos à saúde bucal, segundo os diferentes ciclos de vida;
- Foram instruídos a identificar alterações da normalidade que apontem necessidade de diagnóstico em saúde bucal;

- Foram elaboradas e executadas ações educativas, de promoção à saúde e de vigilância em saúde;
- Este evento visou também intensificar e melhorar o relacionamento entre acadêmicos, envolvendo os alunos do primeiro ano de odontologia e os demais alunos do CCS que tiveram interesse, além de permitir uma maior experiência social de compartilhamento de conhecimentos.

REFERÊNCIAS

BRANCO, C. C. *et al.* A SALA DE AULA INVERTIDA COMO METODOLOGIA CONVERGENTE AO PARADIGMA DA COMPLEXIDADE. **Boletim Técnico do Senac**, v. 42, n. 2, p. 118–135, 2016.

CONASS. **Para entender a gestão do SUS - Atenção primária e promoção de saúde**, v. 3, p.197, 2011.

DHAI, A. Health Education and Promotion. In: **Encyclopedia of Global Bioethics**, p. 1434–1443, 2016.

DUMUID, D. *et al.* Health-Related Quality of Life and Lifestyle Behavior Clusters in School-Aged Children from 12 Countries. **Journal of Pediatrics**, v. 183, p. 178–183, 2017.

FALKENBERG, M. B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847–852, 2014.

FRAGA, A. B. *et al.* **Curso De Extensão Em Promoção Da Saúde Para Gestores Do Sus Com Enfoque No Programa Academia Da Saúde**, p.144, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **As cartas da promoção da saúde**, v. 53, p. 1689-1699, 2002.

PEDROSA, J. I. DOS S. Educação Popular e Promoção da Saúde: bases para o desenvolvimento da escola que produz saúde. In: **Escolas Promotoras de Saúde: experiências no Brasil**, p. 41–48, 2006.

SANTOS, S. K. Z. DOS; ROS, M. A. DA. Ressignificando Promoção de Saúde em Grupos para Profissionais da Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 2, p. 189–196, jun. 2016.

SAVIANI, D. As concepções pedagógicas na história da educação brasileira. **Texto elaborado no âmbito do projeto de pesquisa “O espaço acadêmico da pedagogia no Brasil”, financiado pelo CNPq, para o “projeto 20 anos do Histedbr”**, p. 1–38, 2005.

SILVA, A. A. Democracia e democratização da educação: primeiras aproximações a partir da teoria do valor. In: CORTEZ (Ed.). **A teoria do valor em Marx e a educação**, p. 11–31, 2006.

PALIATIVISMO: PERCEPÇÕES DA ENFERMAGEM SOBRE A REALIZAÇÃO DO CUIDADO

Data de aceite: 01/09/2020

Data de submissão: 05/08/2020

Isabelle Cerqueira Sousa

Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)
Fortaleza-CE
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)
Fortaleza-CE
<http://lattes.cnpq.br/9927536298829197>

Lorranna Lima dos Santos Laurindo

UNICHRISTUS
Fortaleza-CE
<http://lattes.cnpq.br/8288194150595515>

Alisson Salatiek Ferreira de Freitas

UNICHRISTUS
Fortaleza-CE
UECE
Fortaleza-CE
<http://lattes.cnpq.br/8069130015881208>

RESUMO: Com o avanço do envelhecimento populacional e o crescente aumento das doenças crônicas, os cuidados paliativos vem sendo cada vez mais utilizados para promover a qualidade de vida. O objetivo do estudo foi conhecer as percepções da equipe de enfermagem sobre a realização do cuidado paliativo. A metodologia foi uma revisão narrativa de literatura, baseada na pesquisa de artigos publicados no período de 2015 a 2020 nas bases eletrônicas: Lilacs, Scielo, Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). De acordo com critérios de inclusão e exclusão previamente

estabelecidos, selecionou-se uma amostra de 13 artigos que foram discutidos em duas categorias: “Humanização e comunicação entre profissionais de enfermagem, no enfrentamento do fim da vida”, e “Fragilidades da enfermagem frente ao cuidado”. Mediante os resultados encontrados constatou-se a importância da equipe de enfermagem, por permanecer ao lado do paciente em todos os momentos e por isso suas ações interferem diretamente no trabalho em equipe e no cuidado ao cliente. Outro fator importante a ser considerado dentro das percepções de enfermagem é que cada paciente possui sua individualidade frente a diferentes contextos sociais, o que torna a sua capacidade de enfrentamento a doença diferenciada, ao ponto de que cada profissional necessita manter suas condutas visando as fragilidades de cada indivíduo principalmente no controle da dor e desconfortos causados pelo estado patológico.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados paliativos; Enfermagem; Humanização.

PALIATIVISM: NURSING PERCEPTIONS ABOUT CARE CARE

ABSTRACT: With the advancement of population aging and the increasing increase in chronic diseases, palliative care has been increasingly used to promote quality of life. The objective of the study was to get to know the perceptions of the nursing team regarding the performance of palliative care. The methodology was a narrative literature review, based on the search for articles published in the period from 2015 to 2020 in the electronic databases: Lilacs, Scielo, Nursing Database (BDENF), and in the Virtual

Health Library (VHL). According to the inclusion and exclusion criteria previously established, a sample of 13 articles was selected and discussed in two categories: “Humanization and communication among nursing professionals, in facing the end of life”, and “Nursing weaknesses in the face of caution”. Based on the results found, the importance of the nursing team was found, for being at the patient’s side at all times, and for this reason, their actions directly interfere with teamwork and customer care. Another important factor to be considered within the perceptions of nursing is that each patient has his individuality in different social contexts, which makes his ability to cope with the disease different, to the point that each professional needs to maintain their conduct aiming at the weaknesses of each individual mainly in the control of pain and discomfort caused by the pathological state.

KEYWORDS: Palliative care; Nursing; Humanization.

1 | INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas temos observado um constante aumento do envelhecimento da população mundial, como também considerável prevalência de doenças como o câncer e outras doenças crônicas que para muitos de nós, essas doenças seriam evidências de morte iminente, contrariando nossos esforços enquanto profissionais da saúde que lutam pela preservação da vida e da cura, o que mesmo assim não nos deixa sem questionamentos acerca dos processos de morrer e do preparo para tal (FRIPP, 2012). Ainda é possível ver pelos hospitais, pessoas sem possibilidades de prognóstico e ainda sim são tratadas com procedimentos invasivos e dolorosos, em tentativas vãs de cura, gerando gastos e desgastes, não apenas financeiramente para a família do paciente como também para os sistemas de saúde, ocupando um lugar no qual poderia ser de alguém com possibilidades maiores de recuperação (SILVA; SOARES; SANTOS, 2019).

A maioria das patologias crônicas e sem cura são compreendidas pela sociedade como relacionada a dor e sofrimento. Em contrapartida, constantes avanços tecnológico foram surgindo ao longo dos anos e com eles novas melhorias das condições de saúde foram implementadas, sejam técnicas de conforto ao paciente, terapias complementares ou medicações de controle da dor sofrimento, possibilitando alternativas aos pacientes portadores de câncer, diabetes, hipertensão, doenças circulatórias e respiratórias, entre outras (SILVA et al, 2020).

Nesse contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS), publicou em 1990 a primeira definição de cuidados paliativos, descrito como cuidado ativo e total para pacientes cuja dor não corresponde ao tratamento de cura (BRASIL, 2012). Ou seja, os cuidados paliativos são aqueles que visam aliviar os sofrimentos nos processos de adoecimento, sejam de ordem física, psicológica, sociais e espirituais, com o objetivo de amenizar os sintomas através do controle da dor e da assistência

ao sofrimento, dispondo de um cuidado humanizado, integral e holístico, onde o conforto ao paciente é o principal foco (COSTA et al, 2017).

Apesar de ser um conceito com maior evidência na atualidade, a ideia referente aos cuidados paliativos surgiu ainda nos primórdios da era cristã na Europa, quando muitas instituições disseminavam o cristianismo através de abrigos que eram destinados a receber e cuidar de peregrinos e viajantes. Tais lugares eram chamados de “Hospices”, hospedarias, e que abrigavam pobres, órfãos e doentes (FRIPP, 2012). O cuidado era direcionado para pacientes com tuberculose e câncer, de maneira leiga e espiritualizada, na tentativa de controlar a dor e assim, trabalhava-se vivenciando o sofrimento humano, principalmente o processo de morte, o que reforça o início dos cuidados paliativos desde antiguidade (GOMES; OTHERO, 2016).

Então em 2002, a OMS reformulou o conceito, onde definiu que “Cuidado paliativo é a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”.

No Brasil e em muitos países, os primeiros serviços de cuidados paliativos foram implantados a partir de 1990, entretanto, existem algumas partes no mundo que ainda não existem definição sobre o assunto, cerca de 5 bilhões de pessoas vivem com pouco ou nenhum acesso a medicações que para controle da dor. Estes poucos países não possuem políticas públicas que contemplem o paliativismo (VICTOR, 2016). Porém, diferentemente dos países em que o cuidado paliativo se encontra mais desenvolvido, no Brasil ainda não há nenhuma política pública de saúde pública que fortaleça este avanço, e segundo avaliação da revista “the Economist”, na qualidade de morte dentre os países, o Brasil ocupou o 42º lugar, onde foi avaliado a existência de políticas públicas, acesso a cuidados paliativos nos serviços de saúde e a opioides (GOMES; OTHERO, 2016).

Segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP, no Brasil existe uma grande escassez em relação a quantidade opioides prescritos, evidenciando que o país ainda não consegue promover os cuidados necessários quanto ao controle da dor em pacientes com doenças graves. O que ainda há de mais estruturado são as resoluções normativas nos códigos de ética profissional, Conselho Federal de Medicina e Conselho Federal de Enfermagem, e que trazem menções específicas acerca da assistência paliativa (FRIPP, 2012). Nesse contexto ressaltamos que cada profissional possui sua forma de atender e compreender os pacientes, sempre buscando promover o bem-estar e a reabilitação dos mesmos (BORDIGNON, 2015).

Diante do exposto, observa-se que o “cuidar” em saúde acontece por meio de duas vias, através daquele que presta o cuidado e através daquele se encontra fragilizado e acometido por alguma enfermidade. E por este cenário surgiu a reflexão sobre como a equipe de enfermagem descreve a realização do cuidado paliativo? De modo geral o estudo objetiva conhecer as percepções da equipe de enfermagem sobre a realização de cuidado paliativo.

2 | METODOLOGIA

O presente estudo tratou-se de uma revisão narrativa de literatura, tendo como questionamento: - Como a enfermagem descreve a realização do cuidado paliativo? Utilizou-se como fonte de pesquisa a LILACS-Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, *Scientific Electronic Library Online* - Scielo e Banco de Dados em Enfermagem, BDENF, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde - BVS. O período de busca do material contemplou os meses de março a maio de 2020.

A partir dos objetivos do estudo os artigos pesquisados foram selecionados através do filtro temporal: de 2015 a 2020 (com exceção do manual de cuidados paliativos com edição de 2012) através dos descritores: cuidados paliativos, enfermagem, humanização. Os critérios de inclusão definidos para selecionar os materiais, consistiram em artigos publicados na íntegra, que relacionassem a assistência de enfermagem ao tratamento de pacientes em cuidados paliativos, bem como a percepção desses profissionais sobre o cuidado.

A partir dos descritores listados, foram encontrados 70 artigos, que após uma primeira triagem com análise dos títulos foram selecionados: 30 publicações. Numa segunda etapa, aplicando os seguintes critérios de inclusão: artigos redigidos em língua portuguesa, incluindo cartilhas do Ministério da Saúde, que atendiam a temática de cuidados paliativos, resultou numa amostra de 13 artigos. Foram descartados: materiais informais divulgados em redes sociais, blogs, teses, resenhas e resumos de anais de eventos.

Os principais achados foram organizados e discutidos em duas categorias: “Humanização e comunicação entre profissionais de enfermagem, no enfrentamento do fim da vida”, e “Fragilidades da enfermagem frente ao cuidado”.

Como técnica organizacional, foram categorizados em tabela, tendo como modalidade temática a análise de conteúdo, resultando na elaboração de categorias por meio da leitura e percepção dos conteúdos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

A revisão constituiu-se de 13 artigos nacionais, sendo a maioria predominante da Região Sudeste, que serão descritos na Tabela 1, a seguir. Dentre os estudos encontrados, é possível verificar uma diversidade temática descritas por profissionais e que circundam por diversos aspectos do cuidado, ou seja, são temas que identificam as várias nuances da enfermagem em suas ações no âmbito da assistência ao paciente.

AUTOR	PRINCIPAIS RESULTADOS
Costa, J,B,F; Assunção, T,A,O; Salles, H,S,A.	<ul style="list-style-type: none">- Análise do resgate da humanização no cuidar;- Vivência dos profissionais com o cuidado humanizado;- Valorização da pessoa humana na relação interpessoal;- Concepções destacadas: comunicação, assistência humanizada e equipe multidisciplinar.
Silva, L,S. et al.	<ul style="list-style-type: none">- Avaliação geral e clínica entre pacientes em cuidados paliativos e terapia paliativa;- Melhora física e emocional em pacientes com sintomas reduzidos;- Significância física, funcional, social e familiar em terapia paliativa.
Gomes, I.	<ul style="list-style-type: none">- Análise ao cuidado de pacientes no fim da vida;- A importância da comunicação da enfermagem em cuidados paliativos;- Envolvimento familiar;
Medrado, D,M,C., et al.	<ul style="list-style-type: none">- Multiplicidade de sentimentos desencadeados pela terminalidade da vida;- Eficiência da equipe de enfermagem quanto a comunicação;
AndradE, G,B., et al.	<ul style="list-style-type: none">- O apoio da enfermagem atua reduzindo a ansiedade devido ao medo da doença e do futuro;- A comunicação é uma estratégia para fortalecer os vínculos em cuidados Paliativos.
Cross, L,A.	<ul style="list-style-type: none">- Definição da fadiga da compaixão em profissionais que se expõem diariamente ao sofrimento;- Consciência da empatia;- Estratégias de enfrentamento para os enfermeiros.
Silva, S,E,D., et al.	<ul style="list-style-type: none">- O medo eminente da morte;- Construção da aceitação diante do fim da vida;
Coelho, A., et al.	Desenvolvimento de novas evidências em intervenções terapêuticas.
Barbosa, A, N., et al.	<ul style="list-style-type: none">- Número de mortes que necessitavam cuidados paliativos;- Destaque da importância sobre a qualificação profissional em cuidados paliativos.

Sousa, A,D,R,S., et al.	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação da tecnologia nos processos de trabalho; - Aplicação de instrumentos no CTI, identificando dados pessoais, sociais, psicológicos, espirituais, exame físico, diagnóstico, prescrição e resultados esperados; - Instrumento de dados como guia para o direcionamento da assistência de enfermagem.
Guerrero, D,O; Cantero, J,A,O; Castañeda, R,F,G.	<ul style="list-style-type: none"> - Importância da preparação da enfermagem em cuidados paliativos ainda na graduação; - Enfermagem como peça fundamental em cuidados paliativos.
Beserra, J,H,G,N; Aguiar, R,S.	<ul style="list-style-type: none"> - Luto e vazio dos profissionais em cenário de morte.
Santos, A,M., et al.	<ul style="list-style-type: none"> - Percepções relevantes acerca dos cuidados paliativos: conforto e alívio da dor; - Pontos relevantes para a realização dos cuidados paliativos: acolhimento; - Manejo da dor em cuidados paliativos: medidas farmacológicas aliadas a não farmacológicas.

Título da Tabela 1 – Principais resultados encontrados relacionados ao estudo segundo cada autor

Fonte: Autoria própria (2020).

Tal fato demonstra que a enfermagem está em constante desenvolvimento nos mais variados terrenos da prestação de cuidados, o que evidencia também o olhar integral sobre as diversas necessidades que surgem sobre a linha do cuidado. Após essa análise geral, emergiram-se duas categorias temáticas com base no conteúdo e que representam tanto os cenários de atuação da enfermagem, como as percepções dos enfermeiros na prática clínica de cuidados paliativos, que são: Categoria 1: Humanização e comunicação entre profissionais de enfermagem no enfrentamento do fim da vida, e Categoria 2: Fragilidades da enfermagem frente ao cuidado, que serão descritas a seguir.

4 I HUMANIZAÇÃO E COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO ENFRENTAMENTO DO FIM DA VIDA

A equipe de enfermagem atua como suporte fundamental na assistência clínica, pois além diversos conhecimentos técnicos, científicos, éticos, sociais e políticos que garantem o respeito a vida, estão em constante consonância com o bem-estar e com as ações direcionadas ao paciente, estando presente a todo instante no processo do cuidado (SILVA, 2019).

O cuidado em enfermagem e a política de humanização estão interligadas, e necessitam ser defendidas constantes ações e estratégias que favoreçam a configuração do ambiente hospitalar e instituições de saúde, em um local mais

acolhedor, se baseando no respeito, empatia, valores e crenças, além de tornar o processo de humanização como rotina até nos processos de fim de vida do cliente (SILVA, 2019).

A humanização é uma necessidade mais que atual, assim como a comunicação, vindo com o intuito de valorizar a pessoa humana, não se tratando apenas do cuidado em si, mas de necessidade, conduzindo um diálogo muitas vezes ausente, englobando a empatia, e o apoio, conceitos estes que precisam ser efetivos na atuação do enfermeiro (PEREIRA, 2017). Nesse processo surge a comunicação como um elo fundamental no cuidado, é a relação mais segura entre enfermeiros, pacientes e familiares.

Vale ressaltar que no contexto do cuidado é possível identificar fatores que podem interromper o processo de comunicação e humanização, provocando falhas na assistência. Nesse sentido, observamos a informatização e a sobrecarga de trabalho, o que torna a enfermagem mais robotizada, e para que a humanização aconteça é necessário que profissional e paciente estejam em constante comunicação, por isso é importante que esta seja fundamentada no olhar mais cuidadoso e mais humano (GOMES, 2019).

Deste modo, para a realização dos cuidados paliativos, a enfermagem precisa dia a dia, ressignificar sua atuação na assistência, percebendo que a humanização não se faz sem comunicação ou vice-versa, destacando também a importância de aliar a atuação técnica não só as necessidades biológicas do paciente, mas também as suas necessidades sociais, familiares e psicológicas (SILVA, 2019). O paciente em fase terminal necessita de um cuidado em que ele possa receber mais conforto e dignidade, visto que este processo produz no ser humano uma multiplicidade de sentimentos e pensamentos. Abordar sobre a morte, sobre o enfrentamento do final da vida, ainda gera muitos preconceitos, porém, com o decorrer do tempo, das evoluções e das descobertas, o “morrer”, tem deixado de ser um episódio e tem se tornado um processo (SILVA, 2019).

No século XIX, a morte era considerada, a tirania do afeto, onde as pessoas eram arrancadas do seu cotidiano e de suas famílias, já no século XX, foi necessário escondê-la a todo custo, e aquele indivíduo que antes morria entre os seus, passa a morrer nos centros médicos (FRIPP, 2012). O processo de adoecer/morrer é uma etapa muito difícil e requer uma compreensão aprofundada, o paciente deve ser assistido integralmente, pois este não é apenas um ser biológico, mas também espiritual e psicológico, sendo assim o cuidado deve partir em todas as esferas (SIQUEIRA, TEIXEIRA, 2019).

A enfermagem nesse processo pode ser descrita como a ciência que assiste o doente em suas necessidades básicas, que orienta tanto o paciente quanto a família, e que se desdobra em ações para promover o bem-estar do paciente. Ainda

existe uma certa dificuldade dos profissionais de enfermagem em lidar com a fase terminal, muitos se sentem consternados ao ter que comunicar uma má notícia aos familiares, o que demonstra uma carência de preparo com a finitude da vida, e esse confronto com interrupção da vida, também gera nesses profissionais envolvimento afetivo de empatia e compaixão e ao mesmo tempo, impotência e fracasso, que podem também gerar angústia (MEDRADO et al., 2016).

O processo de adoecer não está apenas ligada a um acontecimento individual de agressão ao corpo, mas que atinge também as dimensões sociais e familiares da pessoa doente (BULBOZ et al., 2019). Logo, os cuidados paliativos no fim da vida, requer muito do preparo da enfermagem e demais profissionais em todos os ambientes da assistência incluído a clínica médica, esta por se tratar de um espaço de cuidados a pacientes que muitas vezes passam por internações por tempo indefinido.

A equipe de enfermagem precisa compreender e identificar as demandas, mas principalmente saber manejar as limitações, as intercorrências e as complicações indesejáveis, tendo em vista o cliente em estágio terminal, visando seus medos, anseios e principalmente aliviando suas dores. Desde a atenção primária, o enfermeiro é o primeiro profissional que tem contato direto com o paciente, é nesse nível da assistência que o diagnóstico é realizado. Para os enfermeiros, os cuidados de enfermagem para uma boa morte estão relacionados a promoção do conforto, sem perder de vista que as práticas do cuidar que assegurem a integridade, a autonomia e a individualidade do paciente (CAVEIÃO et al., 2019)

5 | FRAGILIDADES DA ENFERMAGEM FRENTE AO CUIDADO PALIATIVO

Os profissionais de enfermagem são os que mais se desgastam emocionalmente diante da interação com a dor, o sofrimento e a morte. Os cuidados paliativos favorecem a estes profissionais contato contínuo e até mais intenso com os pacientes e cuidadores em situação de sofrimento, e esse cuidado prolongado predispõe aos profissionais, sofrimento físico, emocional, espiritual e psicológico (CROSS, 2019).

Diante disso, os profissionais quando submetidos a grandes demandas e que levam suas capacidades de enfrentamento a exaustão, chegam a promover uma reação negativa. Profissionais de enfermagem que atuam no cuidado paliativo, estão sempre a lidar com prognósticos ruins, incuráveis, sintomas que causam desconforto e sofrimento aos pacientes, além do processo de morte e luto. E estes elementos concorrem para trazer a estes profissionais um estresse ocupacional, demonstrando a fragilidade do profissional diante do cuidado (SANTOS et al., 2017).

Há um desafio para enfermagem, pois a rotina em cuidados paliativos sempre dispõe de situações intensas, seja pela demanda de trabalho, problemas relacionados a equipe ou a satisfação com a função exercida, e até mesmo o tempo de trabalho exercido, visto que alguns estudos demonstram que quanto maior tempo efetivo em atividade melhor será a capacidade de resolver conflitos, considerando a experiência e a maturidade para o desenvolvimento de estratégias para melhoria da assistência (BESERRA; AGUIAR, 2020).

Neste cenário, um dos fatores desafiantes da enfermagem, é o processo de morte, pois não há imunidade aos profissionais diante do sentir e reagir, e que depende muito da base emocional e espiritualidade que cada um se sustenta para encarar esse processo sem a cobrança diária da missão de salvar as vidas desses pacientes e promover conforto e todos os cuidados necessários para que o mesmo tenha uma morte sem muito sofrimento mesmo estando em um ambiente hospitalar (BESERRA; AGUIAR, 2020).

Os enfermeiros de cuidados paliativos são focados em oferecer cuidados de saúde, e essa assistência é imperativa a que mantenham a qualidade e a saúde em suas próprias vidas. No contexto laboral desses profissionais, diversas atribuições são susceptíveis aos mais diversos problemas emocionais, cabendo salientar a importância da saúde física e mental, a fim de evitar o adoecimento desses profissionais (SILVA; SOARES; SANTOS, 2019).

Santos (2017) também destaca, que para manter a saúde emocional do profissional de enfermagem, se faz necessária a identificação dos eventos de estresse, pois quanto maior for a compreensão do ambiente laboral, melhor será a adaptação às situações desafiantes. Assim, percebe-se que o trabalho em cuidados paliativos, se faz desafiador aos profissionais de enfermagem, sendo este também um olhar importante para àqueles que promovem o cuidado., lembrando a via dupla de quem recebe e de quem oferta.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo abordou os cuidados paliativos em sua origem, e descreveu as percepções da enfermagem acerca da realização do paliativismo na assistência ao cliente cometido por doenças crônicas que comprometem seu conforto e qualidade de vida.

Mediante os resultados apresentados torna-se visível que a equipe de enfermagem é de suma importância por permanecer ao lado do paciente em todos os momentos e por isso suas ações interferem diretamente no trabalho em equipe e no cuidado ao cliente. Observou-se ainda que a enfermagem compreende e descreve a importância das relações e da comunicação no cuidado, como principal instrumento

da humanização e as contribuições para a sistematização da assistência, bem como as próprias dificuldades diárias enfrentadas, entendendo que esses profissionais sofrem com as cargas emocionais geradas em sua rotina de trabalho.

Outro fator importante a ser considerado dentro das percepções de enfermagem é que cada paciente possui sua individualidade junto a diferentes contextos sociais, o que torna a sua capacidade de enfrentamento a doença diferenciada, ao ponto de que cada profissional necessita manter suas condutas visando as fragilidades de cada indivíduo principalmente no controle da dor e desconfortos causados pelo estado patológico. Contudo, a enfermagem possui suas próprias percepções acerca do paciente em cuidados paliativos, entretanto seus conceitos se unem no cenário da assistência quando se trabalha com um objetivo geral de promover conforto ao paciente, aliviar sua dor e sofrimento através do cuidado, que na maioria das vezes suplica apenas simples ações para se tornar humano e excluir o automatismo dessa rotina.

Por fim o estudo apresentou o significado da equipe de enfermagem na assistência em cuidados paliativos, e que o fortalecimento emocional destes profissionais torna mais eficaz o cuidado, tornando-se evidente a importância do preparo destes ainda na vida acadêmica, e embora consideremos todas as vistas relevantes, percebe-se que a enfermagem está em uma constante busca de construção e conhecimento sobre assistência, inclusa importância aos os cuidados paliativos, tendo em vista a sua utilização na atualidade.

REFERÊNCIAS

ALFARO, Andrew Silva et al. Ações do enfermeiro em cuidados paliativos na oncologia: uma revisão integrativa. **Rev. Saúde e Desenvolvimento**, v. 13, 2020. Paraná, Disponível: <<https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/1026/603>> Acesso: 10/05/2020.

BARBOSA, Andréa Nunes et al. a importância da assistência humanizada prestada pelo enfermeiro nos cuidados paliativos ao paciente oncológico terminal. **ReBIS-Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, v. 1, n. 4, 2019. Disponível: <<https://revista.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/248>> Acesso: 09/05/2020.

BESERRA, Jessica Helaine G. N.; AGUIAR, Ricardo Saraiva. Sentimentos vivenciados pela equipe de enfermagem perante o tratamento de pacientes com câncer: revisão integrativa. **Rev. Divulgação Científica Sena Aires**, v. 9, 2020. Disponível: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1051392>> Acesso em 09/05/2020.

BOAVENTURA, Jacqueline Resende et al. Participação e controle social no contexto político dos cuidados paliativos no Brasil: uma reflexão teórica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 9, 2019. Disponível em: <<http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/3433>> Acesso em 17/04/2020.

COELHO, Adriana et al. Construção de um programa de imaginação guiada para doentes internados em unidades de cuidados paliativos. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 17, p. 24-32, 2018. Disponível: <https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2817&id_revista=24&id_edicao=132> Acesso: 16/04/2020.

COSTA, Jenifer B. F.; DE ASSUNÇÃO, Tamilles A.O. Cuidados paliativos, o cuidar de uma forma humanizada. **Enfermagem Brasil**, v. 16, n. 1, 2017. Disponível: <<https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil> > Acesso: 23/03/2020.

CROSS, Lisa A. Compassion fatigue in palliative care nursing: a concept analysis. **Journal of Hospice and Palliative Nursing**, v. 21, n. 1, p. 21, 2019. Disponível: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6343956/>> Acesso: 10/ 04/2020.

DA SILVA, Silvio Eder Dias et al. O universo consensual do cuidador-familiar e sua ancoragem dentro do cuidado: um estudo de representações sociais. **Rev. Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, 2018. Disponível: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/pdf_1> Acesso em: 12/04/2020.

DE ANDRADE, Gustavo Baade e col. Cuidados paliativos e a importância da comunicação entre enfermeiro e paciente, família e cuidador. **Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental**, v. 11, n. 3, 2019. Disponível: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6693>> Acesso: 23/03/2020.

DE OLIVEIRA, Italo Constâncio et al. Cuidados paliativos e espiritualidade no Sistema Único de Saúde: Uma Revisão sistemática da literatura. **Revista de Psicologia**, v. 13, 2019. Disponível: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1739/2527>> Acesso: 20/04/2020.

FRIPP, JULIETA. Ação prática do profissional de cuidados paliativos no domicílio. **Manual de cuidados paliativos**, p. 245, Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP; Rio de Janeiro. Diagraphic, 2012. Disponível: <<https://paliativo.org.br/download/manual-de-cuidados-paliativos-ancp/>> Acesso: 10/03/2020.

GOMES, Maria Isabel. Cuidados paliativos: relação eficaz entre equipe de enfermagem, pacientes oncológicos e seus familiares. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, 2019. Disponível: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6693>> Acesso: 20/03/2020.

GOMES, Ana Luisa Zaniboni; OTHERO, Marília Bense. Cuidados paliativos. **Estudos avançados**, v. 30, n. 88, p. 155-166, 2016. Disponível: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010340142016000300155&script=sci_arttext> Acesso:10/03/2020.

MEDRADO, Dayane M.C. et al. Atuação da equipe de enfermagem frente aos pacientes em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Revista de Trabalhos Acadêmicos Universo Goiânia**, 2019. Disponível: <<http://revista.universo.edu.br/index.php?journal=3GOIANI A4&page=article&op=view&path%5B%5D=2664>> Acesso em: 20/03/2020.

ORTEGA-GUERRERO, Denise; ORTEGA-CANTERO, Jonathan-Agustín; GUERRERO-CASTAÑEDA, Raúl-Fernando. Conhecimento em cuidados paliativos em um grupo de enfermeiros no México. **Ver. Colombiana de Enfermagem**, México, v.18, 2019. Disponível: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1016147>> Acesso em 09/05/2020.

SANTOS, Andrea Moreira e col. Vivência dos Enfermeiros acerca dos cuidados Paliativos. **Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental**, p. 484-489, 2020. Disponível <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1087563>> Acesso: 09/05/2020.

SILVA, Amanda Danielle Resende et al. Instrumento assistencial de Enfermagem em cuidados paliativos para centro de terapia intensiva pediátrica oncológica. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 7, 2019. Rio de Janeiro. Disponível<<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2436>> Acesso: 09/05/2020.

SIQUEIRA, Alex Sandro de Azeredo; TEIXEIRA, Enéas Rangel. A atenção paliativa oncológica e suas influências psíquicas na percepção do enfermeiro. **REME Rev. Min. Enferm**, Minas Gerais, v.23, n.1268, p.1-9 2019. Disponível em <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1047862>> Acesso: 09/05/2020.

CAPÍTULO 3

ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Data de aceite: 01/09/2020

Data de submissão: 05/06/2020

Gustavo Silva de Azevedo

Hospital Estadual Geral de Goiânia Dr Alberto
Rassi – HGG
Goiânia - GO
Lattes: 6473619834724316

Ana Cristina Neves de Barros Amorim Morbeck

Hospital Estadual Geral de Goiânia Dr Alberto
Rassi – HGG
Goiânia – GO
Lattes: 6208700729694444

Ana Maria Porto Carvas

Hospital Estadual Geral de Goiânia Dr Alberto
Rassi – HGG
Goiânia – GO
Lattes: 0726037198513266

Eliza de Oliveira Borges

Hospital Estadual Geral de Goiânia Dr Alberto
Rassi – HGG
Goiânia – GO
Lattes: 2075774324399765

Fernanda Bernardes Lelis

Hospital Estadual Geral de Goiânia Dr Alberto
Rassi – HGG
Goiânia – GO
ORCID: 0000-0002-2938-8139

Joana Angélica de França Barbosa

Hospital Estadual Geral de Goiânia Dr Alberto
Rassi – HGG
Goiânia – GO
ORCID: 0000-0002-8710-8123

Matheus Gomes Silva

Hospital Estadual Geral de Goiânia Dr Alberto
Rassi – HGG
Goiânia - GO
Lattes: 5015045148931622

RESUMO: Introdução: Nessas últimas décadas temos observado um aumento da expectativa de vida e consequentemente o crescimento do número de pessoas idosas, fato que é decorrente do avanço dos métodos terapêuticos. A partir desse progresso na assistência à saúde, as doenças se tornaram de aspecto crônico, com isso os pacientes apresentam sinais e sintomas desagradáveis até o fim de vida. No intuito de prestar um modelo de assistência humanizada, em 1967 houve o início desse método de tratamento mais acolhedor, este que conhecemos hoje como Cuidados Paliativos o qual adota uma abordagem em equipe multiprofissional. **Objetivo:** Descrever a atuação fisioterapêutica em cuidados paliativos. **Métodos:** Estudo de revisão integrativa compilou artigos e diretrizes nos quais havia uma alta concentração de estudos na subcategoria de avaliação funcional, baseada no exame físico, nas condições clínicas e em escalas específicas. **Resultados:** Foram identificadas nove escalas validadas, sendo elas: *Palliative Performance Scale – PPS*, *Escala de Desempenho de Karnofsky – KPS*, *Escala de Desempenho de Zubrod – ECOG*, *Escala de Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária* (Katz e Lawton), *Escala de Avaliação de Sintomas – ESAS*, *Palliative Prognostic Index – PPI*, *Índice de Comorbidade Charlson* e

Funcional Assessment Staging – FAST. **Conclusão:** A Fisioterapia pode realizar uma adequada avaliação em saúde nos pacientes paliativos e traçar o plano de cuidados adequado; o qual é individual e variável de acordo com a modalidade de cuidados paliativos; visa o conforto do paciente e promove orientações aos familiares, de forma a integrar os cuidados paliativos até a fase final da vida.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos, Humanização da Assistência, Fisioterapia, Avaliação dos Serviços de Saúde.

PHYSIOTHERAPEUTIC PERFORMANCE IN PALLIATIVE CARE

ABSTRACT: Introduction: In the last few decades, we have observed an increase in life expectancy and, consequently, an increase in the number of elderly people, a fact that is due to the advancement of therapeutic methods. As a result of this progress in health care, illnesses have become chronic, so patients have unpleasant signs and symptoms until the end of life. In order to provide a model of humanized assistance, in 1967 there was the beginning of this more welcoming treatment method, which we know today as Palliative Care which adopts a multidisciplinary team approach.

Objective: To describe the physiotherapeutic performance in palliative care.

Methods: An integrative review study compiled articles and guidelines in which there was a high concentration of studies in the subcategory of functional assessment, based on physical examination, clinical conditions and specific scales. **Results:**

Nine validated scales were identified, namely: *Palliative Performance Scale* - PPS, *Karnofsky Performance Scale* - KPS, *Zubrod Performance Scale* - ECOG, *Scale of Basic and Instrumental Activities of Daily Living* (Katz and Lawton), *Scale of Symptom Assessment* - ESAS, *Palliative Prognostic Index* - PPI, *Charlson Comorbidity Index* and *Functional Assessment Staging* - FAST. **Conclusion:** Physiotherapy can perform an adequate health assessment in palliative patients and outline the appropriate care plan; which is individual and variable according to the type of palliative care; it aims at patient comfort and promotes guidance to family members, in order to integrate palliative care up to the final stage of life.

KEYWORDS: Palliative Care, Humanization of Assistance, Physiotherapy, Evaluation of Health Services.

INTRODUÇÃO

Nessas últimas décadas temos observado um aumento da expectativa de vida e consequentemente o crescimento do número de pessoas idosas, fato que é decorrente do avanço dos métodos terapêuticos. A partir desse progresso na assistência à saúde, as doenças se tornaram de aspecto crônico, com isso os pacientes apresentam sinais e sintomas desagradáveis até o fim de vida (PEREIRA, SOUZA e VALE, 2015).

Quando se trata de doenças crônicas progressivas, este contexto favorece para abordagens excessivas e desnecessárias, em que quase sempre são ignorados as queixas e sofrimentos do paciente em decorrência dessas intervenções, sendo o

efeito de maior impacto negativo: a dor (MORITZ,2011; MORAES et al,2014).

Com o objetivo de prestar uma assistência mais humanizada, em 1967 houve o início de um método de tratamento mais acolhedor, este que conhecemos hoje como Cuidados Paliativos (PINELI et al., 2015).

No Brasil, iniciativas isoladas e discussões a respeito dos Cuidados Paliativos são encontradas desde os anos 70. Contudo, foi nos anos 90 que começaram a aparecer os primeiros serviços organizados, ainda de forma experimental. O Ministério da Saúde vem ao longo dos anos consolidando oficialmente os Cuidados Paliativos (BRASIL, 2018), além de ter instituído o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar afim de estimular a organização de serviços de saúde e equipes multidisciplinares (BRASIL, 2001).

A rede hospitalar corresponde a um espaço voltado para a defesa da vida, com vistas ao cuidado das pessoas. A gestão participativa, adotada como estratégia humanizada e motivadora, o usuário como sujeitos ativos, sociais democráticos e cidadãos com autonomia para caminharem rumo à transformação da sua realidade, como deles próprios (BRASIL,2011; BUENO, 2014).

O Núcleo de Apoio ao Paciente Paliativo (NAPP) vincula-se ao setor de Clínica Médica do Hospital Estadual Dr Alberto Rassi – HGG, e possui diretrizes assistenciais que fornecem orientações técnicas para os colaboradores da instituição no que diz respeito a abordagem, comunicação e manejo dos principais sinais e sintomas de pacientes internados que sejam elegíveis para essa modalidade de cuidados; além de dar suporte ao núcleo familiar, sendo esse tanto biológico como adquirido.

Os cuidadores familiares podem apresentar algumas dificuldades biopsicossociais, principalmente porque convivem com as limitações do ente em Cuidados Paliativos, sentem-se envolvidos emocionalmente na situação, além de desempenharem novos papéis e tarefas associadas ao problema do paciente, podendo por vezes, frequentemente relatar o sentimento de sobrecarga (CADERNO SAÚDE, 2010; GRATÃO, 2012).

“O Cuidado Paliativo é uma abordagem que visa a melhorar a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias que enfrentam alguma doença com risco de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais” (OMS, 2018).

A equipe NAPP é composta por colaboradores multiprofissionais, dentre eles integrantes da especialidade Fisioterapia, a qual é uma Ciência da Saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas (COFFITO,2007).

Dentre as terapêuticas que atuam na prevenção e alívio de sintomas e dor nos Cuidados Paliativos, temos a Fisioterapia, a qual visa promover, otimizar ou adaptar as condições físicas do paciente, numa relação terapêutica que abrange o paciente, os familiares, o terapeuta, o meio ambiente, recursos físicos e naturais (CARVALHO e PARSONS, 2012).

OBJETIVO

Descrever a atuação fisioterapêutica em cuidados paliativos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa realizada entre 2018-2019 que compilou artigos e diretrizes nos quais havia uma alta concentração de estudos. Adotou-se a revisão integrativa da literatura, uma vez que ela contribui para o processo de sistematização e análise dos resultados, visando a compreensão de determinado tema, a partir de outros estudos independentes (Ganong,1987).

Este método pode tornar os resultados de pesquisas mais acessíveis, reduzindo alguns obstáculos da utilização do conhecimento científico, pois possibilita ao leitor o acesso a diversas pesquisas realizadas, em um único estudo (Whittemore e Knalf, 2005).

Para tanto, foram adotadas as seis etapas indicadas para a constituição da revisão integrativa da literatura: 1) seleção da pergunta de pesquisa; 2) definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra; 3) representação dos estudos selecionados em formato de tabelas, considerando todas as características em comum; 4) análise crítica dos achados, identificando diferenças e conflitos; 5) interpretação dos resultados e 6) reportar, de forma clara, a evidência encontrada (Ganong,1987).

A estratégia de identificação e seleção dos estudos foi a busca de publicações indexadas em bases de dados da *Biblioteca Virtual da Saúde (BVS)*, *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, *Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)* e *Medical Literature Analysis and Retrieval System online (Medline)* e documentos eletrônicos oficiais de saúde.

Todas as categorias de artigo (original, revisão de literatura, relato de experiência etc.); documentos oficiais e artigos com resumos e textos completos disponíveis para análise publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol, e artigos que contivessem em seus títulos e/ou resumos com combinação dos descritores em ciências da saúde (DeCS) *Cuidados Paliativos, Humanização da Assistência, Fisioterapia, Avaliação dos Serviços de Saúde*.

Seguindo os critérios de inclusão, 27 publicações foram selecionadas para

análise bibliométrica para caracterização dos estudos selecionados. Os trabalhos foram comparados e agrupados por similaridade de conteúdo e na subcategoria de avaliação funcional baseada no exame físico, nas condições clínicas e em escalas específicas.

RESULTADOS

O fisioterapeuta é o profissional da área da saúde que tem formação para atuar nos cuidados em diversas populações, de forma a desenvolver, otimizar, manter e restituir o melhor movimento e capacidade funcional. Independente de qual circunstância ou fator negativo que interfira na condição funcional do indivíduo, seja envelhecimento, lesão, doença ou aspecto ambiental (WCPT, 2013).

Na avaliação dos serviços de saúde em Cuidados Paliativos, o fisioterapeuta se designa na identificação precoce de possíveis efeitos negativos da patologia instalada e se concentra na melhoria da funcionalidade (BURGOS, 2017).

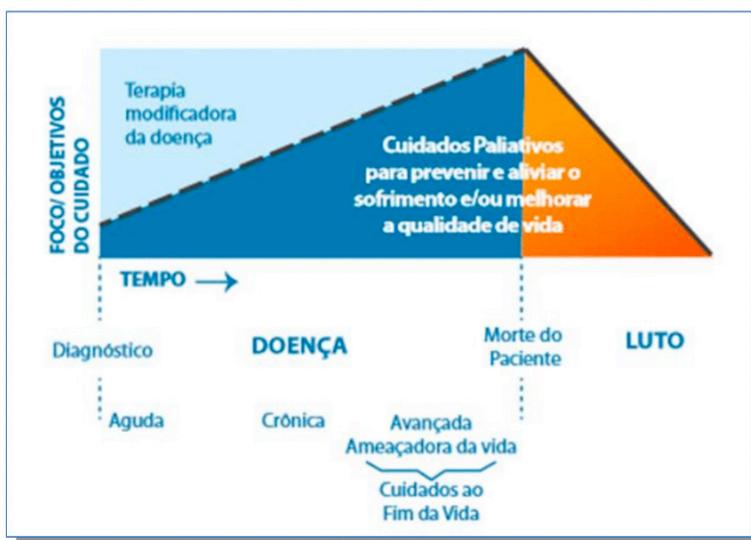


Figura 1 – O papel dos Cuidados Paliativos durante a doença e o luto.

Fonte: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2015.

Para o âmbito correspondente à modalidade de Cuidados Paliativos foram identificadas nove escalas validadas de avaliação em saúde, sendo elas: *Palliative Performance Scale* – PPS, *Escala de Desempenho de Karnofsky* – KPS, *Escala de Desempenho de Zubrod* – ECOG, *Escala de Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária* (Katz e Lawton), *Escala de Avaliação de Sintomas* – ESAS, *Palliative*

Prognostic Index – PPI, Índice de *Comorbidade Charlson* além do *Funcional Assessment Staging* – FAST.

A *Palliative Performance Scale* (PPS) foi desenvolvida em 1996 no Victoria Hospice, no Canadá e aperfeiçoada em 2002. A PPS pode ser utilizada como instrumento de comunicação, descrevendo rapidamente o estado funcional atual do paciente. É útil como critério de avaliação da capacidade de trabalho e tem valor prognóstico (Figura 2).

PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE – PPS					
%	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Auto-cuidado	Ingestão	Nível da Consciência
100	Completa	Normal: sem evidência de doença	Completa	Normal	Completa
90	Completa	Normal: alguma evidência de doença	Completa	Normal	Completa
80	Completa	Com esforço: alguma evidência de doença	Completa	Normal ou reduzida	Completa
70	Reduzida	Incapaz para trabalho: alguma evidência de doença	Completa	Normal ou reduzida	Completa
60	Reduzida	Incapaz para realizar hobbies: doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completa ou período de confusão
50	Sentado ou Deitado	Incapacitado para qualquer trabalho: doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completa ou período de confusão
40	Acamado	Incapaz para maioria das atividades: doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completo ou sonolência +/- confusão
30	Acamado	Incapaz para qualquer atividade: doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completo ou sonolência +/- confusão
20	Acamado	Incapaz para qualquer atividade: doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completo ou sonolência +/- confusão
10	Acamado	Incapaz para qualquer atividade: doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Completo ou sonolência +/- confusão
0	Morte	-	-	-	-

Figura 2 – *Palliative Performance Scale* (PPS)

Fonte: Victoria Hospice Society. *J Pall Care*, v.9, n. 4, p. 26-32. Tradução livre de Maria Goretti Maciel/ Ricardo Tavares de Carvalho

A *Escala de Karnofsky* (KPS) é uma escala de desempenho que foi inicialmente desenvolvida para avaliar a capacidade física em pacientes oncológicos, mais que tem tido seu uso aplicado para a avaliação de outras doenças crônicas incapacitantes. Ademais, a *Escala de Desempenho de Zubrod*, (ECOG), também serve para medir o estado geral dos pacientes em Cuidados Paliativos (INCA, 2022).

Para avaliação inicial e verificação de resultados do tratamento em idosos e relacionar o prognóstico com pacientes crônicos, identificamos o índice de Katz, desenvolvido com seis itens que avaliam o desempenho em AVD seguindo uma

hierarquia de complexidade (ARAÚJO, SOUTO, ALVES et al, 2019).

Ademais, as atividades instrumentais da vida diária referem-se às atividades adaptativas dos idosos ao seu meio ambiente, que exigem maior capacidade funcional para realização por serem atividades mais complexas e também estão relacionadas com a vida cotidiana. A classificação nessa escala identifica os idosos como totalmente dependentes, parcialmente dependentes ou independentes (ARAÚJO, SOUTO, ALVES et al, 2019).

A Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), representa um importante instrumento de avaliação para os cuidados prestados aos pacientes em Cuidados Paliativos, pois possibilita que se conheça a frequência e intensidade dos sintomas apresentados pelos pacientes, permitindo que as equipes de saúde tomem decisões adequadas para realização dos cuidados necessários (MONTEIRO et al, 2010) (Figura 3).

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton - ESAS		
Data:		Preenchido por:
<i>Por favor, circule o que melhor descreve a intensidade dos seguintes sintomas neste momento (também se pode perguntar a média durante as últimas 24 horas).</i>		
Sem dor	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Pior dor possível
Sem cansaço	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Pior cansaço possível
Sem náusea	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Pior náusea possível
Sem depressão	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Pior depressão possível
Sem ansiedade	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Pior ansiedade possível
Sem sonolência	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Pior sonolência possível
Muito bom apetite	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Pior apetite possível
Sem falta de ar	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Pior falta de ar possível
Melhor sensação de bem-estar possível	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Pior sensação de bem-estar possível
Outro problema	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	

Figura 3 – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton - ESAS

Fonte: Regional Palliative Care Program, Capital Health, Edmonton, Alberta, 2003. Traduzido e adaptado ao português por Neto, IG. 2006.

O Índice Prognóstico Paliativo (PPI) corresponde a um sistema de pontuação para previsão de sobrevivência de pacientes com câncer em estado terminal. Caso os pacientes sobrevivam mais de 3 ou 6 semanas, o uso do PPI pode ser previsto e de maneira aceitável (MORITA, TSUNODA et al, 1999)

O Índice de Comorbidades Charlson (ICC) é composto por vinte condições clínicas selecionadas empiricamente com base no efeito sobre o prognóstico de pacientes internados num serviço de medicina geral, construindo um indicador de comorbidades que discriminasse o prognóstico de paciente em termos da mortalidade no período de até um ano (CHARLSON et al, 1987).

Ao se considerar a deterioração funcional em pacientes com síndrome demencial, por exemplo no curso da Doença de Alzheimer, a avaliação comumente utilizada é o FAST que elucida um padrão progressivo em declínio funcional (STEVEN, 1992).

O Fisioterapeuta terá como foco otimizar ao máximo possível a qualidade de vida dos envolvidos na situação desfavorável (BURGOS, 2017) e com autonomia, junto à equipe multiprofissional, poderá intervir nos casos de pacientes em Cuidados Paliativos. Na prática clínica, tais sintomas são comumente apresentados como: perda da funcionalidade, déficit de locomoção e perda do equilíbrio, fraqueza, dor, dispneia; fadiga, espasmo e/ou contratura musculares; acúmulo de secreção em via aérea, lesões por pressão, constipação intestinal e edema; além de ansiedade e depressão.

Dentre os recursos e condutas que o fisioterapeuta utiliza para intervir nos sintomas acima citados, encontram-se: massagem terapêutica; incentivo à movimentação passiva, ativo-assistida e ativa; posicionamento funcional, transferências e mudanças de decúbitos (JÚNIOR; REIS, 2007).

Ademais, são recursos disponíveis: eletrotermofototerapia com utilização de infravermelho, estimulação elétrica transcutânea e laser; medidas de reexpansão pulmonar passiva e ativas, como a respiração diafragmática; medidas de higiene brônquica, tais como: drenagem postural, estímulo à tosse, aspiração; ou mesmo prescrição de dispositivos auxiliares para marcha e treino de deambulação e de outras atividades básicas e instrumentais de vida diária (JÚNIOR; REIS, 2007).

CONCLUSÃO

Em virtude dos fatos mencionados neste estudo de revisão integrativa, ficou incontestável o papel fundamental do fisioterapeuta na equipe de Cuidados Paliativos.

A Fisioterapia, enquanto categoria profissional, pode realizar uma adequada avaliação em saúde nos pacientes paliativos e traçar o plano de cuidados adequado, o qual é individual e variável de acordo com a modalidade apresentada, onde se visa o conforto do paciente e promova orientações aos familiares, de forma a integrar os cuidados paliativos até a fase final da vida.

Contudo, ainda há escassez de estudos científicos com outras abordagens metodológicas que relatem de forma específica a atuação do fisioterapeuta em Cuidados Paliativos. Com isso, é necessário realizar novos estudos afim de elucidar melhor a ação direta desse profissional com pacientes nessa modalidade de cuidados e o acompanhamento de seu processo durante a doença.

REFERÊNCIAS

1. Araújo GK, Souto RQ, Alves FA, Sousa RC, Ceballos AG, Santos RC, et al. **Capacidade funcional e fatores associados em idosos residentes em comunidade**. Acta Paul Enferm. 2019; 32(3):312-8.
2. BRASIL. **Organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS)**. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Diário Oficial da União Brasília DF, 23/11/2018. edição: 225. seção: 1. página: 276
3. BRASIL. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde – Brasília DF.60p.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção Hospitalar. **Cadernos de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 136p.
5. BRASIL. **Cadernos HumanizaSUS**. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília-DF, 2010. 256 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde; v. 2.
6. BRASIL. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Resolução nº. 337/2007 – **Especializações Profissionais da Fisioterapia e Registros Profissionais de Títulos de Especialidade**. Brasília- DF, 2007.
7. BUENO, A. A.; EVANGELISTA, R. A.; BERNARDES, A.; ÉVORA, Y. D. M.; GABRIEL, C. S.; BORGES, D. E. S. **Temas relevantes na construção da Gestão Participativa em enfermagem**. Atas Investigação Qualitativa em Saúde, v. 2, 2014.
8. BURGOS, D. B. L. **Fisioterapia Paliativa Aplicada ao Paciente Oncológico Terminal**. Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde, v. 21, n. 2, p. 117–122, 2017.
9. CARVALHO, R. T.; DE PARSONS, H. A. **Manual de Cuidados Paliativos** - ampliado e atualizado. Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP. Porto Alegre, 2012. Disponível em: <http://www.paliativo.org.br>
10. CHARLSON, M.E.; POMPEI, P.; ALES, K.L.; MACKENZIE, C.R.;. **A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation**. J Chronic Dis. 40:373-83, 1987.
11. Confederação Mundial de Fisioterapia - **World Confederation for Physical Therapy** WCPT. Londres, Acesso em 05 jan. 2019.Londres, Reino Unido. Disponível em <https://www.wcpt.org/publications>
12. Conselho Federal de Medicina. **Conflitos bioéticos do viver e do morrer: câmara técnica sobre terminalidade da vida e cuidados paliativos**. Organização: Rachel Moritz. Brasília – DF, 2011.
13. Diretrizes Assistenciais do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE). **Avaliação e monitorização do Paciente em Cuidados Paliativos**. Versão eletrônica. Disponível em <https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Paginas/diretrizes-assistenciais>

14. FERRIS, F. D. “**Let’s Talk about Palliative and Hospice Care**”, in Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), Brasil, 2015. Disponível em <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/05/vamos-falar-de-cuidados-paliativos-vers--o-online.pdf>
15. Ganong LH. **Integrative Reviews of Nursing**. Rev Nurs Health. 10(1):1-11, 1987.
16. GRATÃO, A. C.; VENDRÚSCOLO, T. R. P.; TALMELLI L. F. S. et al; **Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos** Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2012 Abr-Jun; 21(2): 304-12.
17. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Cuidados Paliativos Oncológicos - Controle de Sintomas**, Revista Brasileira de Cancerologia, 48(2): 191-211, 2002.
18. JÚNIOR, L. C. DOS R.; REIS, P. E. A. M. **Cuidados Paliativos no paciente idoso: O papel do Fisioterapeuta no contexto multidisciplinar**. Fisioterapia em Movimento, v. 20, n. 2, p. 127–135, 2007.
19. MONTEIRO D.R.; KRUSE M.H.L.; ALMEIDA M.A.; **Avaliação do instrumento Edmonton Symptom Assessment System em cuidados paliativos: revisão integrativa**. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010 dez;31(4):785-93.
20. MORAES, N.S.; TOMASSO, A.B.G.; NAKAEMA, K.E. et al. **Cuidados Paliativos com enfoque geriátrico – A assistência multidisciplinar**. São Paulo: Editora Atheneu, 2014.
21. MORITA T.; TSUNODA J.; INOUE S. et al.; **The Palliative Prognostic Index: a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients**. Support Care Cancer (1999) 7:128–133.
22. OMS; Organização Mundial de Saúde [homepage]. **Definição de Cuidados Paliativos**. Acesso em 05 nov. 2018. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
23. PEREIRA, R. A.; SOUZA, R. A. A.; VALE, J. DE S. **O Processo de Transição Epidemiológica no Brasil**. Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente, v. 6, n. 1, p. 99–108, 2015.
24. PINELI, P. P.; KRASILCIC, S.; GORETTI, M.; MACIEL, S. **Cuidado Paliativo e Diretrizes Curriculares: Inclusão Necessária**. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 40, n. 4, p. 540–546, 2015.
25. SCLEARUC, E.A. **Diretrizes assistenciais dos Protocolos gerenciados e Políticas Assistenciais**. Rede Mater Dei de Saúde. Abril, 2016. Acesso em 05 janeiro de 2019. Disponível em: https://www.materdei.com.br/uploadfile/Diretrizes%20Assistenciais/protocolos_clinicos_.pdf
26. STEVEN G, et al. **Functional assessment Staging (FAST) in Alzheimer’s Disease: Reliability, Validity, and Ordinality**, International Psychogeriatrics, v. 4, n 3, p. 55-69, 1992.
27. Whittemore R, Knalf K. **The integrative review: updated methodology**. J Ad Nursing 2005; 52(5):546- 553.

CAPÍTULO 4

AValiação DA COBERTURA VACINAL PARA INFLUENZA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE, BRASIL, 2010-2018

Data de aceite: 01/09/2020

Beatriz Elarrat Canto Cutrim

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
Mossoró-Rio Grande do Norte
<http://lattes.cnpq.br/0500136399218155>

Izete Soares da Silva Dantas Pereira

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
Mossoró-Rio Grande do Norte
<http://lattes.cnpq.br/9917613553868245>

Surama Valena Elarrat Canto

Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Fortaleza-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/1831719709167448>

Ana Débora Assis Moura

Centro Universitário Christus – Unichristus
Fortaleza-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/4692051579683678>

Ana Vilma Leite Braga

Faculdade Desenvolvimento das Américas - FADAM
Maracanaú-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/0658268032250881>

Elaine Cristina da Silva Alves

Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Fortaleza-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/3924389356100995>

RESUMO: A estratégia de vacinação para Influenza do Programa Nacional de Imunizações foi incorporada no Brasil em 1999,

disponibilizando gratuitamente a vacina para os grupos prioritários no país. Este estudo objetivou analisar a cobertura vacinal (CV) total da vacina influenza e de cada grupo prioritário no Estado do Rio Grande do Norte, Brasil, de 2010 a 2018. Trata-se de estudo transversal, com dados do Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). Nos anos avaliados as CV totais atingiram a meta preconizada pelo Ministério da Saúde (80% até 2016, 90% em 2017 e 2018) nos anos 2010 (80%), 2011 (87,1%), 2012 (85,96%), 2013 (85,43%), 2015 (82,43%), 2016 (86,8%) e 2018 (93,5%). Ficaram abaixo em 2014 e 2017. Os grupos “trabalhadores de saúde”, “puérperas” e “professores” foram os únicos acima da meta em todos os anos avaliados. O grupo “idosos” não atingiu a meta em 2014 e 2017; “Gestantes” em 2011, 2012, 2016 e 2017 e “Crianças” em 2014, 2017 e 2018. Conclui-se que a CV se mostrou elevada na maioria dos anos e dos grupos prioritários estudados, entretanto alguns grupos ainda apresentam baixa proporção de indivíduos vacinados, em especial, o das crianças.

PALAVRAS-CHAVE: Influenza; Vacinação; Cobertura Vacinal.

ABSTRACT: The vaccination strategy for Influenza of the National Immunization Program was incorporated in Brazil in 1999, making the vaccine available to priority groups in the country. This study aimed to analyze the total influenza vaccination coverage (VC) and of each priority group in the State of Rio Grande do Norte, Brazil, 2010-2018. It was a cross-sectional study, using data from the National Immunization Program

Information System (SI-PNI). In the years analysed the total VC reached the goal recommended by the Ministry of Health (80% by 2016, 90% in 2017 and 2018) in 2010 (80%), 2011 (87.1%), 2012 (85.96%), 2013 (85.43%), 2015 (82.43%), 2016 (86.8%) and 2018 (93.5%). They were below the target in 2014 and 2017. “Health professionals”, “puerperal women” and “teachers” were the only groups above the target in all the years evaluated. “Elderly” group did not reach the target in 2014 and 2017; “Pregnant women” in 2011, 2012, 2016 and 2017; and “Children” in 2014, 2017 and 2018. Thus, it was concluded that there was an elevated VC in most of the years and priority groups studied. Nevertheless, some groups still present a low share of vaccinated individuals, especially “Children.”

KEYWORDS: Influenza; Vaccination; Vaccination Coverage.

1 | INTRODUÇÃO

A influenza é uma doença infecciosa aguda das vias aéreas caracterizada clinicamente por febre alta associada a calafrios, cefaleia, mal-estar, mialgia, tosse seca e rinorreia. Hiperemia conjuntival, diarreia, náusea e vômitos também podem estar presentes (BRASIL, 2015). É causada por qualquer um dos tipos de *Orthomyxovirus*: A, B ou C. Os vírus A e B apresentam maior importância clínica; estima-se que, em média, as cepas A causem 75% das infecções, mas em algumas temporadas, ocorre predomínio das cepas B (BRASIL, 2018).

Estima-se que epidemias anuais de gripe resultem em cerca de 3 a 5 milhões de casos de doença grave e de cerca de 290.000 a 650.000 mortes (OMS, 2018).

Nos casos mais graves, geralmente, ocorre dificuldade respiratória e há indicação de internação hospitalar, caracterizando a Síndrome Respiratória Aguda Grave (BRASIL, 2019). As principais complicações são os vários tipos de pneumonia bacteriana secundária ou a pneumonia primária por influenza, que ocorre predominantemente em pessoas com doenças cardiovasculares ou em mulheres grávidas. Frequentemente, a influenza causa exacerbação de doenças crônicas cardiovasculares, pulmonares e metabólicas. (BRASIL, 2019).

A vacina contra Influenza é a principal intervenção preventiva em saúde pública para este agravo (GROHNSKOPF et al., 2019; FIORI et al., 2013). Diferentemente de outras doenças para as quais existem vacinas disponíveis, no caso da influenza não se tem como objetivo a redução da incidência, e sim a redução na frequência de complicações e óbitos dela decorrentes (LUNA; GATTAS; CAMPOS, 2014).

Desde 1999, o Ministério da Saúde (MS) disponibiliza a vacina influenza para os grupos prioritários de forma gratuita no Brasil. Inicialmente, no período de 1999 a 2010, esteve disponível apenas para idosos e alguns poucos grupos de risco (BRASIL, 2019). A partir de 2011 novos grupos populacionais foram beneficiados, aumentando de forma significativa o quantitativo de doses administradas (BRASIL, 2019). No entanto, a cobertura vacinal (CV) no País ainda está aquém da esperada

em diversos municípios brasileiros, mesmo sabendo-se do papel da vacina como uma das medidas mais efetivas para a prevenção da influenza grave e de suas complicações (CAMPOS et al., 2012).

A meta mínima estabelecida pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) para CV era 70% da população alvo até 2007. Em 2008 foi elevada para 80%. Em 2017, ampliou-se a meta para 90% da população (BRASIL, 2017).

Nas campanhas nacionais de vacinação contra a influenza do PNI são utilizadas vacinas trivalentes que contêm os antígenos purificados de duas cepas, dos tipos A e uma B, sem adição de adjuvantes, e sua composição é determinada pela Organização Mundial de Saúde para o hemisfério sul, de acordo com as informações da vigilância epidemiológica (BRASIL, 2019).

A avaliação da CV contribui para detectar a proporção da população que está imunizada, configurando-se como um indicador utilizado para o acompanhamento da situação de saúde. Diante do exposto, esse estudo tem como objetivo analisar a CV total e de cada grupo prioritário da vacina influenza no Estado do Rio Grande do Norte, no período de 2010 a 2018.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal, retrospectivo, para analisar a CV total e de cada grupo prioritário da vacina influenza no Estado do Rio Grande do Norte, Brasil, no período de 2010 a 2018. O estado está situado na Região Nordeste do país, com população estimada em 3.168.027 pessoas, caracterizando-a como a 16ª unidade federativa mais populosa do País (IBGE, 2018).

Fizeram parte do estudo os dados de todos os grupos prioritários para a vacinação contra influenza no período de 2010 a 2018, no Estado do Rio Grande do Norte. Os dados foram coletados nos meses de julho a agosto de 2018, através dos registros no Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), banco de dados de livre acesso à população.

Não foi estimada a cobertura vacinal dos grupos “comorbidades” e “população privada de liberdade”, pois para estes dois grupos o MS disponibilizou somente relatórios de doses aplicadas e doses aplicadas por faixa etária (BRASIL, 2018).

O SI-PNI foi desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS - DATASUS- RJ em 2010, com o objetivo de permitir o acesso a dados individuais e por procedência de pessoas vacinadas em vários lugares do Brasil, bem como a localização da pessoa a ser vacinada, através dos seus dados cadastrais, além de avaliar a cobertura vacinal, doses aplicadas e taxa de abandono (BRASIL, 2014).

Foi realizada a análise descritiva dos dados a partir das distribuições de frequências relativa e absoluta, sendo inseridos em uma planilha *Microsoft Office*

Excel (versão 2010) e apresentados em gráficos.

Como se trata de informações cujo conteúdo é de domínio público, o estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Mesmo assim, os pesquisadores seguiram todos os preceitos éticos, garantindo-se a preservação da identidade dos sujeitos, em consonância com os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde CNS N° 466/2012 que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em 2010, o SI-PNI disponibilizou dados sobre a vacinação apenas do grupo dos idosos e os resultados mostram que a CV da vacina influenza atingiu a meta de 80% estabelecida pelo MS, demonstrando o sucesso da campanha vacinal no Rio Grande do Norte em tal ano, tendo sido observado que foi mais elevada nos idosos de 60-64 anos em relação aos demais (Figura 1).

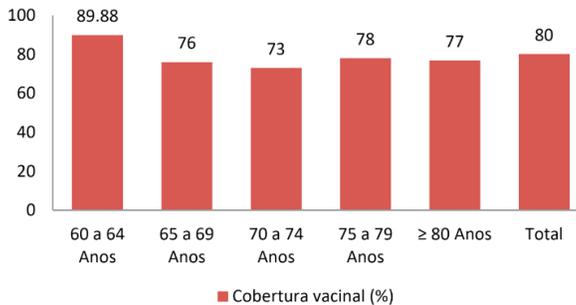


Figura 1. Cobertura Vacinal para Influenza no grupo de idosos. Rio Grande do Norte, Brasil, 2010.

Fonte: sipni.datasus.gov.br

Verifica-se na Figura 2 que as CV totais atingiram a meta preconizada pelo MS nos anos de 2010 (80%), 2011 (87,1%), 2012 (85,96%), 2013 (85,43%), 2015 (82,43%), 2016 (86,8%) e 2018 (93,5%). Ficaram abaixo em 2014 (76,37%) e em 2017 (85,7%). Chama a atenção os grupos “trabalhadores de saúde”, “puérperas” e “professores” como os únicos que estiveram acima da meta em todos os anos avaliados.

Em relação à população indígena, só houve CV registrada no SI-PNI a partir de 2015 (55,93%) tendo ficado aquém do preconizado em tal ano. Nos anos subsequentes, as CV desse grupo atingiram a meta estabelecida (84,16% em 2016;

92,37% em 2017 e 107,07% em 2018) (Figura 2).

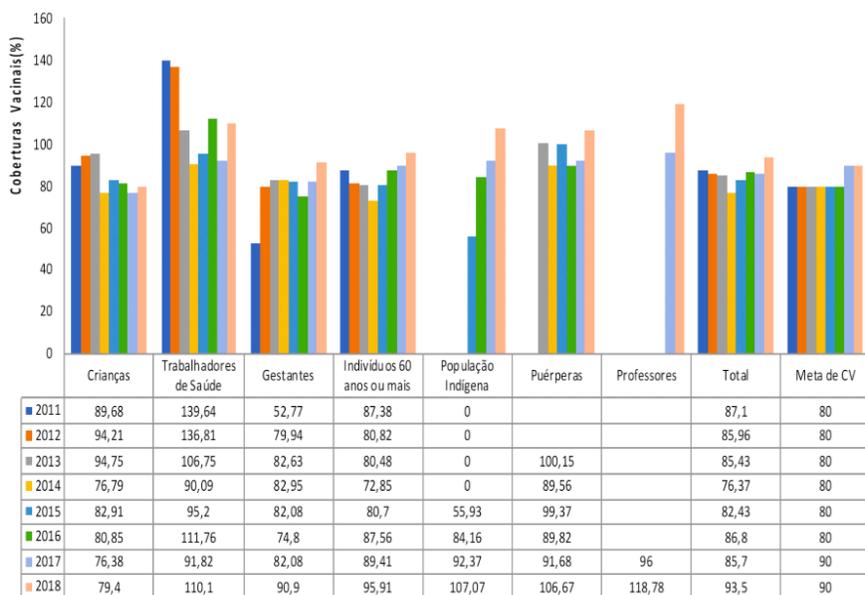


Figura 2. Cobertura vacinal para Influenza nos grupos prioritários. Rio Grande do Norte, Brasil, 2011-2018

Fonte: sipni.datasus.gov.br

Os resultados mostraram que o grupo com maior dificuldade para o alcance da cobertura, excetuando-se a população indígena, foi o de gestantes. A meta de CV não foi alcançada em 2011 (52,77%), em 2012 (79,94%), em 2016 (74,8%) e em 2017 (82,02%) (Figura 2).

Outro grupo prioritário contemplado nas campanhas de vacinação foi o das crianças. Constatou-se baixa CV em 2018 (79,4%), quando todos os outros grupos apresentaram altos índices, em 2014 (76,79%) e em 2017 (79,4%) (Figura 2).

Em relação à CV total no Rio Grande do Norte em cada ano, apenas em 2014 e em 2017 não foram atingidas as metas preconizadas pelo MS, esses também foram os únicos anos em que o grupo dos idosos ficou abaixo da meta.

A adesão dos adultos ≥ 65 anos para receber a vacina contra a gripe sazonal é influenciada por determinantes sociais e relacionados ao sistema de saúde. Dentre esses determinantes estão educação, status socioeconômico, crenças pessoais, experiências vacinais prévias e orientação médica (NAGATA) a gravidade da influenza em grávidas, o desconhecimento sobre os riscos da influenza para o feto e a preocupação quanto à segurança da vacina. Isso mostra, mais uma vez,

a et al., 2013). Esses fatores podem, então, contribuir para uma menor ou maior aceitação da vacina.

Alguns estudos citam que os principais motivos de não adesão à vacina pelos idosos são: o medo de reação adversa, já que muitos deles afirmam ter sentido dores musculares e adquirido gripe como evento associado à vacina; o fato de não a considerarem necessária; e a descrença na sua eficácia (SILVA; MENANDRO, 2013; MOURA et al., 2015; NEVES; DURO; TOMASI, 2016). Contudo, as vacinas utilizadas são seguras, visto que a maioria dos eventos adversos após a vacinação contra influenza são reações locais, ou reações sistêmicas leves e de curta duração (LUNA; GATTAS; CAMPOS, 2014).

Diante de percepções negativas sobre a vacina influenza, é possível que uma parcela dos usuários dos serviços não tenha sido adequadamente orientada pelos profissionais de saúde, e sabe-se que esta orientação é considerada o fator mais fortemente associado à vacinação contra a gripe (FRANCISCO; BARROS; CORDEIRO, 2011). Além da recomendação de profissionais de saúde, a decisão da não vacinação pode ser influenciada por fatores como políticas de saúde pública, meios de comunicação e fatores intrínsecos ao indivíduo, tais como conhecimento e informação, experiências passadas, percepção da importância da vacinação e convicções morais e religiosas (APS et al., 2018).

Em relação às gestantes, a baixa CV é preocupante, visto que o risco de complicações nesta população é muito alto, principalmente no terceiro trimestre de gestação, mantendo-se elevado no primeiro mês após o parto (BRASIL, 2019). Além disso, a vacina também promove proteção ao feto através da transferência de anticorpos da classe IgG por via transplacentária (CHU, 2017). Os valores de CV foram menores do que os encontrados em outros estados do país (CANTO et al., 2019; LAERTE GONTIJO et al., 2017) e diversos fatores podem estar relacionados a esses resultados, entre eles destacam-se: a baixa percepção sobre importância da educação e da orientação dos usuários do serviço pelos profissionais da saúde, principalmente médicos e enfermeiros (BRICKS, 2016).

Outro dado preocupante encontrado foi a baixa CV das crianças nos anos de 2017 e 2018, uma vez que os menores de cinco anos apresentam elevadas taxas de infecção pela doença e são as principais fontes de transmissão dos vírus na família e na comunidade (BRASIL, 2018). Dessa forma, a vacinação de crianças pode reduzir substancialmente a morbidade e a mortalidade de toda a população (BRICKS, 2014). Além disso, sabe-se que as crianças menores de dois anos de idade apresentam taxas de hospitalização por influenza comparáveis às taxas para pessoas com 65 anos ou mais (BEIRIGO, 2017). No Brasil, tomando por base os anos de 2017 e 2018, a CV também esteve abaixo da meta para as crianças, atingindo aproximadamente 77% em cada ano (BRASIL, 2019). Em 2018, somente

os estados de Amapá e Goiás atingiram cobertura igual ou superior a 90% para esse grupo prioritário (BRASIL, 2019).

Embora os programas de imunização sejam estratégias de prevenção universal de toda a população, o uso dos serviços de saúde retrata desigualdades da sociedade. Diversas condições associam-se a essa realidade, de maneira que a acessibilidade geográfica e os fatores socioculturais e econômicos, por exemplo, têm papel fundamental na demanda direcionada aos serviços de saúde (STOPA et al., 2017).

De acordo com a Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO, desde 2015 vem ocorrendo redução das coberturas de diversas vacinas do calendário infantil. Muitos fatores relacionados entre si contribuem para a queda da cobertura vacinal, dentre eles: contexto político e econômico de muita fragilidade; falsa sensação de segurança; crescente movimento anti-vacinas, inclusive com divulgação de informações falsas sobre ausência de efetividade das vacinas e sobre eventos adversos inexistentes; questões operacionais atuais na rede de serviços do SUS (ABRASCO, 2018). O desabastecimento e descontinuidade no serviço de vacinação também podem implicar oportunidade perdida de vacinação (BRASIL, 2014).

Ainda que, em alguns casos, a vacinação contra a influenza não possa impedir o desenvolvimento da doença, ela poderá reduzir a frequência de complicações adicionais. Consequentemente, há melhora da qualidade de vida e redução indireta do absenteísmo no trabalho e nas escolas, dos gastos com o sistema de saúde e, sobretudo, das complicações secundárias e mortes.

É importante compreender que a educação em saúde pode atuar como forte aliada na adesão da comunidade à vacina, pois muitos não a aceitam por desconhecimento dos seus benefícios ou por preconceitos. Nesse sentido, é fundamental incentivar o profissional de saúde a esclarecer a população, principalmente gestantes e aos pais ou responsáveis, sobre a segurança da vacina.

4 | CONCLUSÃO

A cobertura vacinal mostrou-se satisfatória na maioria dos anos e dos grupos prioritários estudados. Entretanto, os dados evidenciaram baixa proporção de crianças vacinadas, ao se considerarem as metas preconizadas pelo Ministério da Saúde. Há diversos possíveis determinantes para o atraso vacinal e a não vacinação, que merecem investigação aprofundada.

Portanto, este estudo é um panorama da situação vacinal da Influenza no Rio Grande do Norte, servindo como instrumento educacional para os profissionais de saúde, bem como fornecendo importantes informações em relação à CV para gestores

e serviços de saúde e funcionando como um indicador de saúde da população. Faz-se necessário uma avaliação pelo Programa de Imunizações do Rio Grande do Norte para que seja possível identificar os fatores que geram a baixa cobertura em certas parcelas da população e, assim, adotar e aperfeiçoar estratégias que possam sanar esses problemas e aumentar a adesão à vacina considerando os benefícios que a mesma pode trazer para a população.

REFERÊNCIAS

APS, L. R. M. M. et al. Eventos adversos de vacinas e as consequências da não vacinação: uma análise crítica. **Rev. Saúde Pública**, v.52, n.40, 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA - ABRASCO. **Abrasco divulga nota alertando sobre a queda da cobertura vacinal no Brasil**. 2018. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/abrasco-divulga-nota-alertando-sobre-queda-da-cobertura-vacinal-no-brasil/36235/>>. Acesso em: 27 abr. 2019.

BEIRIGO, A. P. T.; PEREIRA, I. S.; SILVA, P. C. L. Influenza A (H1N1): revisão bibliográfica. **SaBios**, v.12, n.2, p.53-67, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de normas e procedimentos para vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Protocolo de Tratamento de Influenza**. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunização: informe da campanha de influenza**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Informe Técnico, 20ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Informe Técnico, 21ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRICKS, L. F. et al. Influenza em crianças: o que há de novo? **J Health Biol Sci.**, v.2, n.3, p.125-134, 2014.

BRICKS, L. F. et al. Vacina influenza para gestantes: o que há de novo? **J Health Biol Sci.**, v.1, n.479, p. 30-37, 2016.

CAMPOS, E. C. et al. Fatores relacionados à vacinação contra a gripe em idosos: estudo transversal, Cambé, Paraná, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.28, n.5, p. 878-888, 2012.

CANTO, S. V. E. et al. Influenza: O Estado do Ceará frente à Campanha Nacional de Vacinação. In: PEREIRA, D. (Org.). **As ciências da vida 2 frente ao contexto contemporâneo**. Ponta Grossa (PR): Atena Editora, v.2, p.57-62. 2019.

- CHU, H. Y.; ENGLUND, J.A. Maternal immunization. **Birth Defects. Res.**, v.109, n.5, p.379-386, 2017.
- FIORI, A. E. et al. Inactivated influenza vaccines. In: PLOTKIN, S.; ORENSTEIN, W.; OFFIT, P. (Eds.). **Vaccines**. Philadelphia: Saunders Elsevier, p. 257-293, 2013.
- FRANCISCO, P. M. S. B.; BARROS, M. B. A.; CORDEIRO, M. R. D. Vacinação contra influenza em idosos: prevalência, fatores associados e motivos da não-adesão em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 27, n. 3, p. 417-426, 2011.
- GROHSKOPF, L. A. et al. Prevention and control of seasonal influenza with vaccines. **MMWR Recomm Rep.**, v.62, n.7, p.1-43, 2013.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Brasil - Rio Grande do Norte: Panorama**. 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rn/panorama>>. Acesso em: 27 abr. 2019.
- LAERTE GONTIJO, T. et al. Análise da cobertura vacinal contra influenza no estado de Minas Gerais. **Cienc Enferm.**, v.23, n.3, p. 69-75, 2017.
- LUNA, E. J. A.; GATTAS, V. L.; CAMPOS, S. R. S. L. C. Efetividade da estratégia brasileira de vacinação contra influenza: uma revisão sistemática. **Epidemiol Serv Saúde**, v.23, n.3, p. 559-576, 2014.
- MOURA, R. F. et al. Fatores associados à adesão à vacinação anti-influenza em idosos não institucionalizados, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.31, n.10, p. 2157-2168, 2015.
- NAGATA, J.M. et al. Social determinants of health and seasonal influenza vaccination in adults ≥ 65 years: a systematic review of qualitative and quantitative data. **BMC Public Health**, v.13, p.388, 2013
- NEVES, R. G. et al. Vacinação contra influenza em idosos de Pelotas-RS, 2014: um estudo transversal de base populacional. **Epidemiol Serv Saúde**, v.25, n.4, p. 755-766, 2016.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Influenza (Sazonal)**. 2018. Disponível em <[http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal))>. Acesso em: 27 abr. 2019.
- SILVA, S. P. C.; MENANDRO, M. C. S. Representações de idosos sobre a vacina da gripe. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.18, n.8, p. 2179-2188, 2013.
- STOPA, S. R. et al. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde. 2013. **Rev Saúde Pública**, v.51, Supl.1, 2017.

VIGILÂNCIA DOS EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO BACTERIANA NO ESTADO DO CEARÁ, BRASIL

Data de aceite: 01/09/2020

Ana Débora Assis Moura

Centro Universitário Christus (Unichristus)
Fortaleza-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/4692051579683678>

Emília Soares Chaves Rouberte

Universidade da Integração Internacional da
Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)
Redenção-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/8089145067855057>

Francisca Elisângela Teixeira Lima

Universidade Federal do Ceará
Fortaleza-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/8467892494853944>

Cristianne Soares Chaves

Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Limoeiro do Norte-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/6296144405724097>

Paulo César de Almeida

Universidade Federal do Ceará
Fortaleza-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/0684792466689450>

RESUMO: Analisar os eventos adversos pós-vacinação bacteriana registrados no Estado do Ceará. Inquérito epidemiológico, retrospectivo, de natureza quantitativa. Dados coletados nas fichas de notificação de EAPV do Sistema de Informação de EAPV do Ministério da Saúde. Foram analisadas 4.979 fichas, registradas no período de 2000 a 2012. Destas, foram registrados 4.544 EAPV em 2.784 indivíduos.

Predominaram EAPV em crianças menores de dois anos (84,0%) e do sexo masculino (52,8%). Vacinas mais reatogênicas: tetravalente (54,0%) e contra difteria, tétano e coqueluche (22,4%), cujos principais eventos foram, respectivamente: febre (23,6% e 22,5%); episódio hipotônico hiporresponsivo (20,8% e 15,9%); e eventos graves e/ou inusitados (17,0% e 18,2%). Constatou-se elevada incidência de EAPV, principalmente em meninos com menos de dois anos. Os EAPV devem ser identificados e monitorados em tempo hábil, contudo os números não devem comprometer as coberturas vacinais, pois estas, quando elevadas, diminuem os bolsões de suscetíveis.

PALAVRAS-CHAVE: Imunização; Eventos adversos; Vacinação; Vacinas; Inquéritos Epidemiológicos.

ABSTRACT: To analyze adverse events after bacterial vaccination (EAPV) recorded in the State of Ceará. Method: Retrospective, epidemiological, quantitative survey. Data collected in the EAPV notification forms of the Ministry of Health's EAPV Information System. 4,979 files were analyzed, recorded from 2000 to 2012. Of these, 4,544 EAPV were registered in 2,784 individuals. Results: EAPV predominated in children under two years old (84.0%) and in males (52.8%). Most reactive vaccines: tetravalent (54.0%) and against diphtheria, tetanus and pertussis (22.4%), whose main events were, respectively: fever (23.6% and 22.5%); hyporesponsive hypotonic episode (20.8% and 15.9%); and serious and/or unusual events (17.0% and 18.2%). Conclusions: There was a high incidence of EAPV, especially in boys

younger than two years. EAPV should be identified and monitored in a timely manner, however the numbers should not compromise vaccination coverage, as these, when elevated, decrease susceptible pockets.

KEYWORDS: Immunization; Adverse events; Vaccination; Vaccines; Epidemiological Surveys.

1 | INTRODUÇÃO

A vacinação é uma ação básica de Saúde Pública, que tem demonstrado ser uma das intervenções de maior sucesso e melhor custo-efetividade no impacto sobre as doenças imunopreveníveis (DUARTE; OLIVEIRA; GUIMARÃES; VIEGAS, 2019).

Um aspecto que deve ser observado é a ocorrência de eventos adversos pós-vacinação (EAPV), os quais são qualquer intercorrência médica indesejada após a vacinação, podendo ou não possuir relação causal com o uso da vacina ou outro imunobiológico (imunoglobulinas e soros heterólogos) (BRASIL, 2014).

O crescimento da população e a descoberta de novas vacinas aumentam o número de doses aplicadas e, conseqüentemente, a incidência de EAPV (LINHEIRA-BISETTO; CIOSAK, 2017; (LINHEIRA-BISETTO; CIOSAK; CORDEIRO; BOING, 2016). Apesar da importância na erradicação e/ou controle de doenças infectocontagiosas, as vacinas estão frequentemente relacionadas aos questionamentos e às críticas sobre eventos adversos (APS; PIANTOLA; PEREIRA; CASTRO; SANTOS; FERREIRA, 2018).

Esses eventos são, na maioria das vezes, não graves, reforçando a segurança das vacinas utilizadas no país, mas devem ser notificados e investigados (PACHECO et al, 2018). Alguns deles são até esperados, devido à própria composição da vacina. EAPV graves são raros e alguns deles podem contraindicar dose subsequente, sendo necessária, muitas vezes, sua substituição.

Os EAPV são pouco discutidos nas salas de vacinação. À medida que se compreender a importância dessa relação dialógica, as mães se transformarão em coparticipantes no processo de construção da saúde de seus filhos, implicando em um novo fazer na perspectiva de promoção da saúde (PORTO; SILVA; PASCOAL; DIAS; SANTOS; COSTA, 2016).

Portanto, esse estudo teve como objetivo analisar os eventos adversos pós-vacinação bacteriana registrados no Estado do Ceará.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um Inquérito Epidemiológico, retrospectivo, de natureza quantitativa. Foram detectadas 4.979 fichas de notificação de EAPV, registradas no período de 2000 a 2012. O período de escolha se deu pela implantação do Sistema

de Informação de Eventos Adversos Pós-Vacinação (SI-EAPV) ter ocorrido no ano de 2000, informatizando os registros e tornando-os mais acessíveis, e finalizando no ano de 2012, após o banco de dados estar concluído. Das 4.979 fichas analisadas, foram identificados 4.443 eventos adversos, tanto de vacinas bacterianas como virais, em 2.784 indivíduos. Destes EAPV, 1.698 foram ocasionados por vacinas bacterianas e 2.745 por vacinas virais.

Foram usados como critérios de inclusão: as fichas de notificação de EAPV digitalizadas, com preenchimento completo; e estivessem dentro do período pré-estabelecido. Foram excluídas as fichas de notificação que não fizessem mais parte do PNI, e com preenchimento incompleto.

O estudo foi realizado na Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA/CE), situada no município de Fortaleza-Ceará-Brasil.

A coleta de dados ocorreu por meio de documentação indireta, utilizando como instrumento para coleta de dados as Fichas de Notificação dos Eventos Adversos Pós-Vacinação, do Sistema de Informação de Eventos Adversos Pós-Vacinação (SI-EAPV).

Os dados foram compilados no *software* Excel (2007), e analisados estatisticamente com o apoio do pacote estatístico *Statistical Package for Social Science for Windows* (SPSS) versão 16.0 (2007) *for Windows*®, o qual proporcionou organizá-los em tabelas. Na análise estatística, foram utilizadas medidas simples, como distribuição das frequências absolutas e relativas. Foi utilizado o teste Qui-Quadrado para análise da associação entre as vacinas e as faixas etárias; bem como entre as vacinas e os eventos adversos.

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), conforme CAAE de nº 23520013.1.0000.5576.

3 | RESULTADOS

Os EAPV foram mais notificados em indivíduos do sexo masculino, com 1.470 notificações (52,8%), do que no sexo feminino, com 1.295 (46,5%).

Houve predominância de EAPV em crianças menores de dois anos de idade, com 2.337 casos (84,0%), como visto na tabela 1.

Idade	n	%
< 2	2.337	84,0
2 – 5	149	5,4
6 – 10	26	0,9
11 – 20	41	1,5
21 – 30	112	4,0
31 - 40	53	1,9
> 40	66	2,4
Total	2.784	100

Tabela 1 - Eventos adversos pós-vacinação segundo faixa etária. Fortaleza, CE, Brasil, 2000-2012.

Vacina	Total	Faixa etária (anos)			
		<2 n(%)	2 – 10 n(%)	11 – 30 n(%)	≥ 31 n(%)
BCG	68	48(6,0)	12(7,2)	6(25,0)	2(8,7)
Meningite conjugada C	33	31 (3,9)	2(1,2)	-	-
Pneumonia conjugada 7V	53	48(6,0)	5(3,0)	-	-
Dupla Adulto	35	-	-	17(70,8)	18(78,2)
Tetraivalente (DTP+HIB)	503	499(63,0)	3(1,8)	1(4,1)	-
Tríplice Bacteriana	225	158(19,9)	67(40,6)	-	-
Outras	87	8(1,0)	76(46,0)	-	3(13,0)
P	-	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001
Total	1004	792	165	24	23

Tabela 2 - Distribuição do número de eventos adversos, segundo as vacinas bacterianas e faixas etárias. Fortaleza, CE, Brasil, 2000-2012.

p de Qui-Quadrado

Como mostra a tabela 2, a proporção do número de eventos adversos dentro de cada faixa etária foi estatisticamente significativa, segundo o tipo de vacina ($p < 0,0001$). Na faixa etária < 2 anos, 499 (63,0%) eventos adversos foi devido a vacina tetraivalente (DTP+HIB), seguido da vacina tríplice bacteriana, com 158 (19,9%) casos, assim como pelas vacinas BCG, meningocócica conjugada C e pneumocócica conjugada 7v, com 48 (6,0%), 31 (3,9%) e 48 (6,0%), respectivamente. A vacina dupla adulto, a faixa etária que apresentou o maior número de EAPV foi com 31 anos ou mais, com 18 (78,2%) eventos.

Eventos adversos	Vacinas						
	BCG n(%)	Meningite conjugada C n(%)	Pneumonia conj. 7v n(%)	Dupla Adulto n(%)	Tetraivalente (DTP+HIB) n(%)	Tríplice Bacteriana n(%)	Outras n(%)
Abcesso local quente	27(31,4)	-	1(1,3)	3(4,2)	20(2,4)	8(2,3)	6(6,4)
Cefaleia/vômitos	1(1,1)	3(7,8)	7(9,3)	3(4,2)	41(4,9)	15(4,3)	5(5,3)
Convulsão	-	8(21,0)	10(13,3)	-	119(14,2)	52(15)	10(10,7)
Dor/rubor/calor	3(3,4)	1(2,6)	6(8,0)	14(19,7)	79(9,4)	47(13,5)	7(7,5)
Enduração	-	1(2,6)	1(1,3)	7(9,8)	36(4,3)	20(5,7)	1(1,0)
EHH	-	1(2,6)	9(12,0)	-	174(20,8)	55(15,9)	35(37,6)
Febre	5(5,8)	8(21)	15(20)	7(9,8)	197(23,6)	78(22,5)	26(27,9)
Linfad.ñ supurada	18(20,9)	1(2,6)	2(2,6)	2(2,8)	3(0,3)	3(0,8)	-
Reações locais	4(4,6)	3(7,8)	3(4,0)	-	23(2,7)	5(1,4)	3(3,2)
Graves e/ou inusitados	28(32,5)	12(31,5)	21(28,0)	35(49,3)	142(17,0)	63(18,2)	-
P	<0,0001	0,038	0,003	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001
TOTAL	86(100,0)	38(100,0)	75(100,0)	71(100,0)	834(100,0)	346(100,0)	93(100,0)

Tabela 3 - Distribuição do número de eventos adversos, segundo o tipo de evento e vacina. Fortaleza, CE, Brasil, 2000-2012.

p de Qui-Quadrado

Como observado na Tabela 3, a proporção do número de eventos adversos dentro de cada tipo de vacina foi estatisticamente significativa, segundo o tipo de evento ($p < 0,0001$). Os eventos com maiores proporções foram: na vacina BCG, o abcesso local quente, com 27 (31,4%) casos; na vacina tetraivalente, destaca-se a febre, com 197 (23,6%) casos, o episódio hipotônico hiporresponsivo (EHH), com 174 (20,8%) casos, seguidos de eventos graves e/ou inusitados, com 142 (17%); com relação à vacina DTP, e semelhante à tetraivalente, porém em menor proporção, destaca-se a febre, com 78 (22,5%) casos, seguida do episódio hipotônico hiporresponsivo (EHH), com 55 (15,9%) casos, e eventos graves e/ou inusitados, com 63 (18,2%) casos.

Na vacina dupla adulto (dT - difteria e tétano) destacaram-se os eventos graves e/ou inusitados (49,3%), seguidos de dor, rubor e calor (19,7%).

Na vacina meningocócica C, destacaram-se os eventos graves e/ou inusitados (31,5%); seguidos de febre (21,0%) e convulsão (21,0%).

Nas vacinas pneumocócica 7v e meningocócica C, destacaram-se os eventos graves e/ou inusitados (28,0%); seguidos de febre (20,0%) e convulsão (13,3%).

As outras vacinas referem-se às vacinas contra *Haemophilus Influenzae* tipo B (HIB); contra pneumococo 23 valente; Dupla Infantil (DT); tríplice bacteriana acelular (DTPa) e pentavalente (DTP + Hepatite B + HIB), sendo esta última implantada no Calendário Básico de Vacinação da criança no ano de 2012.

Os outros eventos graves e/ou inusitados referem-se a: abscesso local frio; artralgia; ataxia; cefaleia; choque anafilático; choro persistente; dificuldade de deambular; encefalite; encefalopatia aguda; icterícia; mialgia; mielite; nódulo; orquite; paresia; parestesia; parotidite; púrpura trombocitopênica; queleide; reação de Arthus; reação de hipersensibilidade após 2h; reação de hipersensibilidade até 2h; úlcera maior que 1 cm; e urticária generalizada.

4 | DISCUSSÃO

Corroborando com este estudo, outros artigos também apresentaram equilíbrio entre os sexos, com uma pequena predominância do sexo masculino (LEMOS; MONTEIRO; CAMACHO, 2007; MONTEIRO; TAKANO; WALDMAN, 2007; LOIOLA; ALMEIDA; PEREIRA; SARDINHA, 2016). Um deles, realizado no município do Rio de Janeiro, de 1998 a 2005, com crianças de 2 meses a menores de 7 anos, que apresentaram evento adverso após terem recebido uma dose das vacinas DTP ou tetravalente, mostrou equilíbrio entre os sexos, predominando o sexo masculino (52%) (LEMOS; MONTEIRO; CAMACHO, 2007).

Em pesquisa realizada com 11.558 crianças e 14.241 EAPV pós-vacina tetravalente, notificados no Brasil, no período de 2002 a 2005, 53,8% (6.222/11.558) das crianças eram do sexo masculino, enquanto 46,2% (5.336/11.558) do sexo feminino (MONTEIRO; TAKANO; WALDMAN, 2007). Em outra pesquisa realizada em São Luís-MA, de 2007 a 2011, foram notificados 407 EAPV, ocorridos em 273 (93%) crianças menores de um ano de idade, com predomínio do sexo masculino (52%) (LOIOLA; ALMEIDA; PEREIRA; SARDINHA, 2016).

Outras pesquisas demonstraram maior incidência de EAPV em indivíduos do sexo feminino (LINHEIRA-BISETTO; CIOSAK; CORDEIRO; BOING, 2016; PAIVA; PÉRISSÉ; CAMACHO, 2011; PIACENTINI; CONTRERA-MORENO, 2007; SILVA; OLIVEIRA; RIBEIRO; ALVES; CAVALCANTE; GUIMARÃES, 2016. Não foi encontrada, na maioria dos estudos, justificativa para predominância do sexo feminino.

Com relação à faixa etária, a maior proporção de EAPV acontece nos dois primeiros anos de vida. Compreende-se isso, já que é nessa faixa etária que as crianças recebem o maior número de vacinas, além de ser uma fase de imaturidade imunológica, tornando-os mais vulneráveis (BRAGA; SILVA; MOCHIZUKI; LIMA; SOUSA; BEZERRA, 2017). Essa relação é inversamente proporcional, pois à medida que a faixa etária aumenta, diminui o número de doses aplicadas, e por conseguinte,

o número de eventos adversos.

Em estudo realizado em Santa Catarina (VICARI; CARVALHO; FARIA, 2008), a vacina BCG foi responsável por 165 notificações (4,13%), um número superior ao encontrado. Em outro estudo (CAPPONI; LOPES, 2008), dos 3.124 casos de EAPV, 260 (8,3%) foram pela vacina BCG. Verifica-se que as reações locais, como dor, rubor e calor estiveram presentes e menos frequentes em ambos os estudos, mas não foi registrada na atual pesquisa a presença de granuloma, linfadenite supurada e pústula. A reação queiloide e úlcera maior que 1 cm após BCG estavam presentes entre os outros eventos graves e/ou inusitados.

Em estudo realizado em Teresina, Piauí (ARAÚJO; CARVALHO; VIEIRA, 2007), dos 73 EAPV notificados, 14 foram relacionados à vacina BCG, dos quais se destacaram a linfadenopatia regional não supurada (42,8%) e o abscesso subcutâneo quente (14,3%). É importante destacar que esses eventos podem ser decorrentes de técnica incorreta na aplicação da vacina, aplicação profunda ou falta de homogeneização (CAPPONI; LOPES, 2008).

Reações sistêmicas, como febre, cefaleia e vômito foram observadas em poucos casos notificados 6 (6,9%). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), essas reações não são esperadas após aplicação da vacina BCG.

Por fim, ocorreram 28 casos (32,5%) de outros eventos graves e/ou inusitados, destacando-se o abscesso local frio, dificuldade de deambular, e a úlcera maior que 1cm. Esses eventos são, na maioria das vezes, decorrentes de falhas na técnica de administração (BISETTO; CUBAS; MALUCELLI, 2011).

No ano de 2010, foram introduzidas duas vacinas no calendário básico de vacinação da criança: a vacina pneumocócica 10 valente conjugada e a vacina meningocócica conjugada C.

Com relação à vacina meningocócica conjugada C, 38 EAPV (2,4%) estavam relacionados. Consoante ao Ministério da Saúde, a vacina meningocócica conjugada C é uma vacina de baixa reatogenicidade. A maioria dos EAPV é autolimitada e possui evolução satisfatória. Reações cutâneas podem ocorrer após alguns dias da aplicação, de evolução benigna; as convulsões geralmente estão associadas à febre alta; e outros eventos esperados, como cefaleia, febre, diarreia, vômito, e reações locais (BRASIL, 2014). As reações locais são muito frequentes e podem resultar da ação irritativa dos componentes da vacina, em especial do adjuvante contendo alumínio, como o hidróxido de alumínio (SALES; ARAÚJO; ALMEIDA; MOURA, 2017).

A vacina pneumocócica conjugada 7v foi a vacina utilizada no período do estudo. A partir de março de 2010, o PNI a substituiu pela vacina Pneumocócica Conjugada 10 valente, com a introdução de três novas cepas.

Os EAPV relacionados à vacina pneumocócica conjugada 7v totalizaram 75 (4,8%). A vacina pneumocócica conjugada 7v apresentou frequência de 4,8 casos de

EAPV para cada 100.000 doses aplicadas. É uma vacina bem tolerada, com aumento de reatogenicidade após a dose de reforço. Os EAPV descritos foram considerados de intensidade leve a moderada, e de curta duração (BRASIL, 2014).

Os eventos adversos mais comuns são os eventos locais, como rubor, dor, edema e endureção no local da aplicação. O rubor é o mais frequente, sendo esperado em 38,3% dos primovacinados (BRASIL, 2014). Os eventos locais encontrados neste estudo foram bastante inferiores aos números esperados pelo Ministério da Saúde, com 8,0%.

Em se tratando da vacina dupla adulto (dT), contra difteria e tétano, e administrada na população com mais de 7 anos, foram notificados 71 (4,6%) EAPV. O Ministério da Saúde estima que 0,5 a 7% dos casos de vacinados com reforço de dT estejam associados à febre, porém raramente observadas temperaturas altas, superiores a 39,5°C (BRASIL, 2014).

Em estudo realizado no município de Porto Alegre (CAPPONI; LOPES, 2008), foram aplicadas 991.584 doses da vacina dT, sendo constatados 236 (7,5%) EAPV. Destes, ocorreram reações locais (109), seguidos da reação de Arthus (28), reação de hipersensibilidade (23), febre $\geq 39,5^\circ\text{C}$ (19); e com menor frequência, a mialgia (3), exantema, dormência e vômitos (um evento cada).

A incidência e a gravidade de eventos ocasionados pela vacina dT podem ter relação direta com o número de doses aplicadas e/ou pela concentração da toxina tetânica. Pesquisas mostram a associação entre os níveis de toxóide e a intensidade da reação local, como no evento denominado reação ou fenômeno de Arthus, que se caracteriza por uma reação inflamatória exacerbada, originária de complexos formados por toxinas depositadas (CAPPONI; LOPES, 2008). No atual estudo, a vacina dT apresentou frequência de 4,6% de casos de EAPV (Tabela 4).

Desde a implantação do PNI, em 1973, observa-se declínio na incidência de determinadas doenças, como a difteria, tétano e coqueluche, quando da instituição da vacina DTP, assim como de infecções provocadas por *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) (PIACENTINI; CONTRERA-MORENO, 2007). A vacina combinada DTP/Hib, ou tetravalente, foi incluída, em 2002, no calendário básico de vacinação, em substituição às vacinas DTP e Hib, que eram aplicadas separadamente (LEMOS; MONTEIRO; CAMACHO, 2007). Atualmente, é utilizada a vacina pentavalente (combinada DTP/Hib/Hep.B), com introdução do componente contra a hepatite B.

A vacina tetravalente, desde sua implantação no serviço público brasileiro, foi considerada a vacina mais reatogênica do calendário básico de vacinação.

Foram notificados neste estudo 834 EAPV (54,0%) relacionados à vacina tetravalente. Segundo o Ministério da Saúde, apesar da alta frequência, os eventos são, em sua maioria, leves e desprovidos de complicações (BRASIL, 2014).

Em estudos semelhantes, ambos realizados em 2011, nos estados de Minas

Gerais e Ceará, afirmam que o episódio hipotônico hiporresponsivo (EHH) e a febre maior ou igual a 39,5°C foram os eventos que mais se destacaram após a aplicação das vacinas bacterianas, especialmente das vacinas DTP e tetravalente (MOURA; COSTA; BRAGA; BASTOS; LIMA; CHAVES, 2015; SILVA; OLIVEIRA; RIBEIRO; ALVES; CAVALCANTE; GUIMARÃES, 2016).

Em estudos realizados na cidade do Rio de Janeiro (JESUS; BASTOS; CARVALHO, 2004) e estado de Santa Catarina (VICARI; CARVALHO; FARIA, 2008), das fichas de notificação analisadas, respectivamente 52 (42,4%) e 2.861 (71,63%), foram referentes à vacina tetravalente, representando alta incidência, quando comparada às outras vacinas do programa.

No estudo de Santa Catarina (VICARI; CARVALHO; FARIA, 2008), os dez eventos mais notificados corresponderam a 2.686 (93,88%), destacando-se o EHH (31,61%), febre maior ou igual a 39,5°C (23,23%) e febre \leq 39,5°C (11,95%).

Dos 3.124 casos de EAPV notificados no município de Porto Alegre (CAPPONI; LOPES, 2008), 1.655(53%) foram causados pela vacina tetravalente. Os EAPV mais frequentes foram a febre < 39,5°C (831); febre maior ou igual a 39,5°C (475); EHH (167); convulsão febril (57); e reação local (49).

No município de Belém, Pará (PAIVA; PÉRISSÉ; CAMACHO, 2008), foram notificados 58 EAPV com a vacina tetravalente, sendo os eventos mais preocupantes, o EHH e a convulsão. O número de doses aplicadas da vacina tetravalente foi de 71.000 doses no período, obtendo-se taxa relativamente baixa (0,0008). A cobertura vacinal de tetravalente alcançada no estudo foi de 95,9%, demonstrando que não houve impacto negativo quanto à manutenção do esquema vacinal, mesmo após a ocorrência de EAPV.

Em estudos realizados nos municípios de São Luís, Maranhão (LOIOLA; ALMEIDA; PEREIRA; SARDINHA, 2016) e Teresina, Piauí (ARAÚJO; CARVALHO; VIEIRA, 2007), foram notificados 407(73,4%) e 73(63,0%) EAPV relacionados à vacina tetravalente, respectivamente. Em Teresina, Piauí (ARAÚJO; CARVALHO; VIEIRA, 2007), os EAPV notificados em 46 crianças, foram, na sua maioria, a febre > 39,5°C (76,0%) e o EHH (32,6%).

Por fim, em estudo realizado no município do Rio de Janeiro (LEMOS; MONTEIRO; CAMACHO, 2007), com crianças de dois meses a seis anos, que apresentaram EAPV após terem recebido uma dose das vacinas DTP ou tetravalente, mostrou que dos 5.096 casos, 2.013 foram relacionados à essas vacinas. Dos eventos sistêmicos, houve predomínio da febre < 39,5°C (615); EHH (286); febre > 39,5°C (208); e choro persistente (199). Dos EAPV locais, destaca-se a tríade dor, rubor e calor (887); nódulo no local da aplicação (453); e abscesso quente (167).

A incidência desses eventos no presente estudo foi bastante elevada, pois 23,6% de febre foram decorrentes da vacina tetravalente; 20,8% dos casos de EHH;

17,0% de eventos graves e/ou inusitados, que o Ministério da Saúde espera as reações de hipersensibilidade, choque anafilático, encefalopatia, choro persistente, sonolência e apneia; 14,2% de convulsão; 9,4% de dor, rubor e calor; e 4,9% de cefaleia e vômito, eventos não observados em outros estudos; 4,3% de endurecimento; 2,7% de outras reações locais; e 2,4% de abscesso local quente, evento relacionado, na maioria das vezes, à contaminação secundária na aplicação da vacina.

Os eventos sistêmicos, relacionados à vacina tetravalente, considerados graves, porém raros, são a encefalopatia e a anafilaxia (PAIVA; PÉRISSÉ; CAMACHO, 2008), eventos não declarados nesse estudo.

Em estudo realizado (MONTEIRO; TAKANO; WALDMAN, 2007) com 11.558 crianças e 14.241 EAPV pós-vacina tetravalente, no período de 2002 a 2005, o EHH foi o evento mais frequente, ocorrendo em 45,1% dos casos. O EHH, embora muitas vezes exija atendimento emergencial, quase sempre é de natureza benigna, curta duração, não deixando sequelas, com baixo risco de recidiva (MARTINS *et al*, 2007).

Em se tratando da vacina DTP, esta era considerada a mais reatogênica do PNI, até a implantação da vacina tetravalente (DTP/Hib) (PAIVA; PÉRISSÉ; CAMACHO, 2008; FREITAS; SATO; ARANDA; ARANTES; PACHECO; WALDMAN, 2007). Porém, estudos de vigilância ativa demonstram que não há associação entre o aumento de eventos e a combinação da vacina DTP + Hib (PAIVA; PÉRISSÉ; CAMACHO, 2008; BISETTO; CUBAS; MALUCELLI, 2011). A despeito disso, a vacina tetravalente apresenta frequência de eventos superior à vacina DTP, sendo 54,0% ocasionados pela vacina tetravalente, enquanto 22,4% pela vacina DTP.

A alta reatogenicidade da vacina tetravalente é devida aos componentes de sua fórmula, mais precisamente ao adjuvante hidróxido de alumínio, que possui como função a potencialização da resposta vacinal. Quanto às reações sistêmicas, a *Bordetella Pertussis* estaria mais relacionada (CAPPONI; LOPES, 2008).

Com relação à vacina DTP, foram identificados 346 EAPV (22,4%), os quais foram os mesmos causados pela vacina tetravalente, porém em números inferiores (Tabela 3).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), para a vacina DTP isolada, a febre com temperatura baixa ($<39,5^{\circ}\text{C}$), pode ocorrer em 1/3 a 1/2 das doses aplicadas, enquanto que a febre alta ($\geq 39,5^{\circ}\text{C}$), pode ocorrer em 1/100 doses aplicadas.

De 1984 a 2001, foram aplicadas cerca de 54 milhões de doses da vacina DTP no Estado de São Paulo, com notificação de 10.051 casos, correspondentes a 6.266 crianças vacinadas; em média, 1,6 eventos por caso (FREITAS; SATO; ARANDA; ARANTES; PACHECO; WALDMAN, 2007). As reações leves mais notificadas foram febre abaixo de $39,5^{\circ}\text{C}$ (52,6%) e reação local (39,5%); entre as reações graves, o EHH (15,4%) e a convulsão (12,8%).

As outras vacinas que apresentaram eventos adversos totalizaram 93 (6,0%),

sendo as vacinas Hib (contra *Haemophilus influenzae* tipo B), pneumococo 23 valente, dupla infantil (DT), pentavalente e tríplice acelular. Atualmente, apenas a vacina pentavalente (DTP+Hep.B+Hib) faz parte do calendário básico de vacinação (BRASIL, 2012), tendo sido implantada após o período do estudo.

Como outros produtos farmacêuticos, as vacinas não são 100% seguras, nem estão livres de riscos. A maioria dos EAPV não apresenta gravidade, porém algumas vacinas têm sido associadas aos eventos raros e graves, que por serem pouco frequentes, somente são identificados após ampla utilização da população (FREITAS; SATO; ARANDA; ARANTES; PACHECO; WALDMAN, 2007).

O enfermeiro tem papel fundamental na sala de imunização, coordenando a equipe de enfermagem sob sua supervisão, mediante ações de imunização, devendo ter o conhecimento adequado sobre os imunobiológicos, assim como, os eventos que podem ocasionar (COSTA; LEÃO, 2015).

Foram observadas algumas limitações no estudo, como o SI-EAPV não identificar exatamente a qual imunobiológico àquele EAPV se refere, pois muitas vacinas são administradas concomitantemente. Portanto, falta de definição precisa de casos de EAPV; não aparecem informações sobre as condutas mantidas após a confirmação do evento; ademais, o sistema permite que a ficha de notificação seja preenchida com as informações incompletas, mostrando a pouca sensibilização dos responsáveis pela importância do preenchimento adequado.

Os EAPV são pouco discutidos nas salas de vacinação. Faz-se importante que os profissionais de saúde repassem informações sobre os eventos adversos esperados por cada vacina e transmitam aos pais, cuidadores e/ou população de forma efetiva, a importância sobre os riscos e benefícios da vacinação, pois a baixa tolerância aos EAPV pode resultar em queda da cobertura vacinal e ao reaparecimento das doenças imunopreveníveis.

5 | CONCLUSÕES

O estudo mostrou que houve predomínio de EAPV em crianças menores de dois anos de idade e em indivíduos do sexo masculino. As vacinas bacterianas mais reatogênicas, como observado em vários outros estudos, foram a vacina tetravalente e a vacina DTP (contra difteria, tétano e coqueluche). Os principais eventos adversos encontrados, nas duas vacinas, foram a febre, o episódio hipotônico hiporresponsivo (EHH) e por fim, eventos graves e/ou inusitados, já relacionados no estudo.

As vacinas são bem toleradas e seguras, se comparadas ao número de doses aplicadas em toda a população. Os EAPV podem acontecer, inclusive, são esperados e estimados pelo próprio Ministério da Saúde, não diminuindo a credibilidade do PNI. Contudo, devem ser identificados e monitorados em tempo

hábil; os números de EAPV apresentados não devem comprometer os índices de coberturas vacinais da população, pois as coberturas vacinais elevadas diminuem os bolsões de susceptíveis para as doenças preveníveis por imunização.

Considera-se, portanto, a imunização e o controle de seus eventos uma das principais e mais relevantes intervenções em saúde pública, especialmente pelo impacto obtido na redução dessas doenças nas últimas décadas.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, T. M. E; CARVALHO, P. M. G; VIEIRA, R. D. F. Análise dos eventos adversos pós vacinais ocorridos em Teresina. **Rev Bras Enferm**, v.60, n.4, p.444-448, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672007000400016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 ago. 2018.

APS, L. R. M. M; PIANTOLA, M. A. F; PEREIRA, A. S; CASTRO, J. T; SANTOS, F. A. O; FERREIRA, L. C. S. Eventos adversos de vacinas e as consequências da não vacinação: uma análise crítica. **Rev Saúde Pública**, v.52, n.40, p.1-13, 2018. Disponível em: <http://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000384>. Acesso em: 19 dez. 2019.

BISETTO, L. H. L; CUBAS, M. R; MALUCELLI, A. A prática da enfermagem frente aos eventos adversos pós-vacinação. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.5, p.1128-1134, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500014. Acesso em: 13 jun. 2014.

BRAGA, P. C. V; SILVA, A. E. B. C; MOCHIZUKI, L. B; LIMA, J. C; SOUSA, M. R. G; BEZERRA, A. L. Q. Incidência de eventos adversos pós vacinação em crianças. **Rev enferm UFPE on line**, v.11, supl.10, p.4126-4135, 2017. Disponível em: [file:///C:/Users/Guldemar%20Gomes/Downloads/231174-75154-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Guldemar%20Gomes/Downloads/231174-75154-1-PB%20(3).pdf). Acesso em: 28 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós Vacinação**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Nota Técnica Conjunta nº 001/2012/CGDT e CGPNI/DEVIT/SVS/MS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAPPONI, R. L; LOPES, M. J. M. **Eventos Adversos Pós-Vacinais no Município de Porto Alegre entre 1999 e 2007**. Monografia (Graduação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

COSTA, N. M. N; LEÃO, A. M. M. Casos notificados de eventos adversos pós-vacinação: contribuição para o cuidar em enfermagem. **Rev Enferm UERJ**, v.23, n.3, p.297-303, 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/14850>. Acesso em: 23 mai. 2018.

DUARTE, D. C; OLIVEIRA, V. C; GUIMARÃES, E. A. A; VIEGAS, S. M. F. Acesso à vacinação na Atenção Primária na voz do usuário: sentidos e sentimentos frente ao atendimento. **Esc Anna Nery**, v.23, n.1, p.1-8, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0250>. Acesso em: 16 ago. 2019.

FREITAS, F. R. M; SATO, H. K; ARANDA, C. M. S. S; ARANTES, B. A. F; PACHECO, M. A; WALDMAN, E. A. Eventos adversos pós-vacina contra a difteria, coqueluche e tétano e fatores associados à sua gravidade. **Rev Saúde Pública**, v.41, n.6, p.1032-1041, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000600019&script=sci_arttext. Acesso em: 31 mai. 2015.

JESUS, D. M; BASTOS, M. A; CARVALHO, E. C. Estudo dos Eventos Adversos Provocados pela Vacina Tetravalente. **Rev Enferm UERJ**, v.12, p.299-305, 2004. Acesso em: 28 mar. 2014.

LEMOS MCF; MONTEIRO GTR; CAMACHO LAB. **Vigilância de eventos adversos após vacinação contra difteria, tétano, coqueluche e *haemophilus influenzae* tipo b no município do Rio de Janeiro, 1998-2005**. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/5299/2/923.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2014.

LINHEIRA-BISETTO, L. H; CIOSAK, S. I. Análise da ocorrência de evento adverso pós-vacinação decorrente de erro de imunização. **Rev Bras Enferm**, v.70, n.1, p.81-89, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0034>. Acesso em: 31 jan. 2018.

LINHEIRA-BISETTO, L. H; CIOSAK, S. I; CORDEIRO, T. L. R; BOING, M. S. Ocorrência de eventos adversos pós-vacinação em idosos. **Rev Cogitare Enferm**, v.21, n.4, p.1-10, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i4.45682>. Acesso em: 13 jun. 2017.

LOIOLA, H. A. B; ALMEIDA, A. A. G; PEREIRA, F. M; SARDINHA, A. H. L. Eventos Adversos Pós-Vacinação ocorridos em crianças no município de São Luís, Maranhão. **Rev Pesq Saúde**, v.17, n.1, p.17-22, 2016. Disponível em: <http://www.periodicoselétronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/5490>. Acesso em: 26 fev. 2018.

MARTINS *et al*. Incidence of hypotonic-hyporesponsive episodes associated to the combined DTP/Hib vaccine used in Brazilian National Immunizations Program. **Jornal de Pediatria**, v.83, n.6, p.523-528, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.1721>. Acesso em: 24 abr. 2013.

MONTEIRO, S. A. M. G; TAKANO, A. O; WALDMAN, E. A. **Avaliação dos eventos adversos pós vacina Tetravalente. Brasil, 2002 – 2005**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Mato Grosso/Instituto de Saúde Coletiva, Cuiabá, 2007.

MOURA, A. D. A; COSTA, A. S; BRAGA, A. V. L; BASTOS, E. C. S. A; LIMA, G. G; CHAVES, E. S. Vigilância de eventos adversos pós-vacinação no estado do Ceará, em 2011. **Epidemiol Serv Saúde**, v.24, n.1, p.155-160, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000100155. Acesso em: 12 oct. 2017.

PACHECO, FC *et al*. Análise do Sistema de Informação da Vigilância de Eventos Adversos Pós-Vacinação no Brasil, 2014-2016. **Rev Panam Saúde Pública**, v.42, p.1-8, 2018. Disponível em: <http://doi.org/10.26633/RPSP.2018.12>. Acesso em: 21 abr. 2019.

PAIVA, T. S. C; PÉRISSÉ, A. R. S; CAMACHO, L. A. B. **A situação vacinal das crianças que apresentaram eventos adversos com vacina tetravalente no município de Belém-PA, 2008**. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2011.

PIACENTINI, S; CONTRERA-MORENO, L. Eventos adversos pós-vacinais no município de Campo Grande (MS, Brasil). **Ciênc Saúde Coletiva**, v.16, n.2, p.531-536, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n2/v16n2a16>. Acesso em: 22 jan. 2013.

PORTO, F. A. A; SILVA, A. R. S; PASCOAL, L. M; DIAS, I. C. C. M; SANTOS, L. H; COSTA, A. C. P. J. Effects of educative intervention on adverse events from the pentavalent vaccine: a quasi experimental study. **Online Braz J Nurs**, v.15, n.2, p.114-123, 2016. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5296/html>. Acesso em: 20 jul. 2018.

SALES, M. C. V; ARAÚJO, M. C. B; ALMEIDA, C. A. P. L; MOURA, L. K. B. Eventos Adversos Pós-Vacinação: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line**, v.11, supl.10, p.4243-4253, 2017. Disponível em: [file:///C:/Users/sms/Downloads/231188-75216-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/sms/Downloads/231188-75216-1-PB%20(1).pdf). Acesso em: 10 fev. 2018.

SILVA, S. S; OLIVEIRA, V. C; RIBEIRO, H. C. T. C; ALVES, T. G. S; CAVALCANTE, R. B; GUIMARÃES, E. A. A. Análise dos eventos adversos após aplicação de vacinas em Minas Gerais, 2011: um estudo transversal. **Epidemiol Serv Saúde**, v.25, n.1, p.45-54, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222016000100045&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 08 jun. 2018.

VICARI, C. F. S; CARVALHO, A. P; FARIA, S. M. **Eventos adversos pós-vacinação em crianças no Estado de Santa Catarina**. Monografia (Graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

CAPÍTULO 6

ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO TRATAMENTO COM FITOTERÁPICOS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE A *CÚRCUMA LONGA LIN*

Data de aceite: 01/09/2020

Thatiane Benvindo Almeida

Faculdade de Palmas
Palmas-Tocantins

Patrícia Oliveira Vellano

Universidade Federal do Tocantins

Maykon Jhuly Martins de Paiva

Faculdade de Palmas
Palmas-Tocantins

RESUMO: Objetivo: Evidenciar os benefícios das propriedades medicinais da *Cúrcuma Longa L.* demonstrando quais os usos fitoterápicos da *Cúrcuma longa* e a importância do farmacêutico na dispensação de fitoterápicos. **Revisão Bibliográfica:** A metodologia utilizada foi a revisão narrativa da literatura que possibilitou o conhecimento acerca da *cúrcuma longa l.*, os benefícios à saúde, as propriedades medicinais e o papel do farmacêutico na fitoterapia. Com os primeiros registros de uso datados de 4000 a.C., a *cúrcuma longa l.* instiga a curiosidade dos pesquisadores devido ao seu alto potencial farmacológico e sua ação nos mais diversos sistemas do corpo. **Conclusão:** verificou-se que os profissionais da área da saúde reconhecem a fitoterapia como uma alternativa capaz de prevenir e tratar doenças. Evidenciou-se que a *cúrcuma longa l.* além do baixo custo, apresenta um alto valor medicinal, com comprovações científicas de que suas propriedades tratam e/ou contribuem no tratamento de diversas patologias.

PALAVRAS-CHAVE: *Cúrcuma*, Preparações Farmacêuticas, Fitoterapia .

PHARMACEUTICAL CARE IN HERBAL MEDICINE TREATMENT: A BIBLIOGRAPHIC REVIEW ON LONG-TERM CURCUMA

ABSTRACT: Objective: To highlight the benefits of the medicinal properties of curcuma demonstrating the herbal uses of curcuma and the importance of pharmacists in dispensing herbal remedies. **Bibliographic Review:** The methodology used was the literature review of the critical narrative type, which enabled knowledge about curcuma health benefits, medicinal properties and the role of pharmacists in herbal medicine. With the first records of use dating from 4000 BC, turmeric It arouses the curiosity of researchers due to its high pharmacological potential and its action in the most diverse systems of the body. **Conclusion:** it was found that health professionals recognize herbal medicine as an alternative capable of preventing and treating diseases. It was found that turmeric In addition to its low cost, it has a high medicinal value, with scientific proof that its properties treat and or contribute to the treatment of various pathologies. **KEYWORDS:** Curcuma, Pharmaceutical Preparations, Phytotherapy.

ATENCIÓN FARMACÊUTICA EN EL TRATAMIENTO CON FITOTERAPIAS: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA SOBRE LA CÚRCUMA LONGA LIN

RESUMEN: Objetivo: destacar los beneficios de las propiedades medicinales de la cúrcuma L. demostrando los usos herbales de la cúrcuma larga y la importancia de los farmacêuticos en la dispensación de remédios herbales. **Revisión bibliográfica:** la metodología utilizada fue la revisión narrativa de la literatura que permitió conocer la cúrcuma L., los beneficios para la salud, las propiedades medicinales y el papel de los farmacêuticos en la medicina herbal. Con los primeros registros de uso que datan de 4000 AC, la cúrcuma larga l. despierta la curiosidad de los investigadores debido a su gran potencial farmacológico y su acción en los sistemas más diversos del cuerpo. **Conclusión:** se encontró que los profesionales de la salud reconocen la medicina herbal como una alternativa capaz de prevenir y tratar enfermedades. Se encontró también que la cúrcuma larga l. además de su bajo costo, tiene un gran valor medicinal, con pruebas científicas de que sus propiedades tratan y / o contribuyen al tratamiento de diversas patologías.

PALABRAS - CLAVE: Curcuma, Preparaciones Farmacêuticas, Fitoterapia.

INTRODUÇÃO

O tratamento feito com uso de plantas é denominado de fitoterapia, sendo denominados fitoterápicos os medicamentos produzidos a partir dessas plantas. Assim, a fitoterapia é caracterizada pelo tratamento utilizando plantas medicinais e suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de princípios ativos isolados (FIRMO, et al., 2011). O crescimento da fitoterapia como modalidade de tratamento, decorre principalmente, do alto custo dos medicamentos industrializados (PIZZIOLO, et al., 2011).

A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos foi criada em 2006, pelo Decreto Federal nº 5.813, objetivando incentivar o uso de terapias fitoterápicas. Em 2009 o Ministério da Saúde (MS) publicou uma relação com plantas medicinais de interesse do Sistema Único de Saúde - SUS, denominada RENISUS. A lista buscou orientar estudos e pesquisas que pudessem auxiliar a elaboração de uma relação de fitoterápicos disponíveis para uso da população, com segurança e eficácia, para o tratamento de determinadas doenças (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Nessa relação setenta e uma plantas, empregadas pela sabedoria popular, como também plantas cujos efeitos já foram comprovados cientificamente. Foi priorizada a inclusão de plantas nativas dos diversos biomas do país e que possibilitassem atender às doenças comuns nos brasileiros. O Brasil é detentor de rica diversidade cultural e étnica, resultando em um acúmulo de conhecimentos e tecnologias tradicionais, passados de geração a geração; entre os quais se destacam acervo de conhecimentos sobre manejo e o uso de plantas medicinais. Atualmente, os fitoterápicos constituem importante fonte de inovação em saúde, sendo objeto de

interesses empresariais privados e fator de competitividade do Complexo Produtivo da Saúde (BRASIL, 2016).

Destaca-se ainda que a *Cúrcuma Longa* nome científico para o popularmente conhecido *açafrão da terra*, por sua vez, apresenta diversos usos terapêuticos e conta com diversas pesquisas nacionais e internacionais (MUNIZ, et al., 2012). Prova disso é o resultado de uma pesquisa publicada na revista *Epigenomics* em 2019. O estudo feito por pesquisadores das Universidades Federal de São Paulo (Unifesp) e do Pará (UFPA), evidenciaram que a substância encontrada no pó extraído da raiz da *cúrcuma* possui efeitos terapêuticos que ajudam a prevenir ou combater o câncer de estômago, o terceiro mais frequente em homens e o quinto entre as mulheres no Brasil (BASTOS, 2009; CALCAGNO, et al., 2019).

Em 2010 pesquisadores da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo observaram que o uso da *cúrcuma* levou as células dos tumores de próstata e de bexiga à morte celular autoinduzida. O resultado surpreendeu a comunidade médica, pois tumores em geral são formados por células que sofreram mutações e se recusam a morrer, multiplicando-se copiosamente (NOGUEIRA, 2010).

A *cúrcuma* possui um grande potencial econômico de mercado, dentre as variadas plantas medicinais em estudo. O potencial terapêutico das plantas medicinais e o consumo de fitoterápicos merece destaque no mundo atual (PRADO, et al., 2010). A *curcumina* é um dos suplementos nutricionais mais potentes e mais eficazes da atualidade, sendo este o principal composto químico da *Cúrcuma longa* (PERES, et al., 2015).

Ante o exposto, esta pesquisa trata-se de uma revisão narrativa da literatura buscando responder o seguinte problema de pesquisa: considerando as diretrizes da assistência farmacêutica quais os usos fitoterápicos da *Cúrcuma longa*. Portanto objetivo deste trabalho é evidenciar os benefícios das propriedades medicinais da *Cúrcuma Longa L.* demonstrando quais os usos fitoterápicos da *Cúrcuma longa* e a importância do farmacêutico na dispensação de fitoterápicos

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Histórico

O uso de plantas com finalidade medicinal é antiga. Inicialmente era usada junto a rituais e orações, sendo, na maioria das vezes o único meio de prevenção ou tratamento de doenças e lesões dentro de comunidades tradicionais (FIRMO, et al., 2011). O uso de plantas com fins medicinais é considerado uma das primeiras formas de cuidado com a saúde utilizadas pelo ser humano e está relacionada a origem da medicina (CARVALHO, SILVEIRA, 2010).

A *Cúrcuma* é uma planta utilizada há pelo menos 4.000 anos pela medicina

Ayurveda, tradicional na Índia, sendo usada na prevenção e controle de distúrbios físicos tais como: resfriados, comprometimento de vias aéreas, sinusite, infecções bacterianas, alterações hepáticas, diabetes, feridas, reumatismo e até anorexia (WANG, et al.,2014).

A *Cúrcuma Longa L.* é uma planta originária da Índia e do sudoeste da Ásia, difundida pela América e em algumas regiões da Europa. Nos anos 80 passou a ser conhecida no Brasil (SANTANA, et al, 2018). Seu uso na Índia é de cerca de 4000 anos a.C., na China foi mencionada no século VII, nos países Árabes no século X e introduzida na Europa no século XIII., inicialmente era apreciada por seu valor alimentício com propriedades similares ao gengibre, posteriormente ganhou espaço por suas propriedades medicinais (MARCHI JP et al., 2016).Esta espécie de origem asiática, além de se desenvolver bem no Brasil, já é reconhecida como medicinal, inclusive por comunidades tradicionais (GRASSO EC et al., 2017).

Classificação

Classificada como planta condimentar, *Cúrcuma Longa L.* é uma monocotilêdonea pertencente à família Zingiberaceae, conhecida popularmente no Brasil como açafrão, açafroeira, açafrão-da-terra, açafrão-da-Índia, batatinha amarela, gengibre dourado e mangarataia, já no mercado internacional é chamada de *turmeric* (BEZERA PQM et al.,2013). É uma planta herbácea, perene, de folhas grandes, alongadas e caules subterrâneos que podem alcançar até 10 cm de comprimento. Composta por flores amarelas ou brancas dispostas em espigas compridas. Sua raiz exala cheiro forte, internamente apresenta coloração amarelo avermelhado e apresenta sabor picante e aromático (MARCHI JP et al., 2016).

O papel do farmacêutico quanto ao uso da fitoterapia

É necessário a valorização do uso popular de medidas alternativas para tratamentos terapêuticos, mas também existe a necessidade do acompanhamento do farmacêutico para resolver e prevenir possíveis intoxicações e interações que possam vir a ocorrer (CAMPOS SC et al.,2016).O farmacêutico desempenha fundamental importância ao realizar as atividades relacionadas a assistência farmacêutica, principalmente quando estamos tratando da fitoterapia, tendo em vista que estes fármacos precisam de uma atenção rigorosa para ser dispensada, principalmente para evitar uso indiscriminado de medicamentos, além de aumentar os casos de intoxicação medicamentosa. (NICOLETTI MA et al., 2016).

Como qualquer medicamento, o uso de plantas medicinais precisa ser acompanhado por um profissional capacitado, especialmente o farmacêutico, para garantir o uso racional e seguro. O farmacêutico bem capacitado com conhecimento

técnico, científico, tradicional e popular dos fitoterápicos tem importância primordial para a fitoterapia, pois ajuda a promover, informar, prevenir e corrigir a toxicidade das interações de medicamentos advindos de plantas quando administrados de forma errônea pelos usuários (TRINDADE MT et al., 2018).

Usos Fitoterápicos

A *Cúrcuma Longa* demonstrou ter efeitos anti-inflamatórios, antioxidantes, quimioterapêuticos, anti-proliferativos, cicatrização de feridas e antiparasitários, pesquisas mostram que esses efeitos são devidos a ação antioxidante do componente ativo, a curcumina (AMRO MS et al., 2018)

Em pesquisas recentes Banerjee S, et al. (2018) encontrou na *cúrcuma* propriedades anticancerígenas potentes. A planta apresenta propriedades medicinais importantes e amplas, agindo em atividades biológicas e farmacológicas capazes de atuarem com eficácia em ações terapêuticas, antimicrobiana, antitumoral, anticancerígena, antibacteriana, antifúngica, antimalárica, anticoagulante, antiamiloidogênica, antiespasmódica, antifatulenta, leishmanicida, hipolipemiante, cicatrizante, nematocida, neuroprotetora, imunomoduladora, colerética e outras (MORETES; GERON, 2019).

O uso regular de *cúrcuma* auxilia na atividade anticancerígena que é caracterizada por um bloqueio no crescimento das células cancerosas, induzindo-as a morte celular, impedindo ainda a formação de novos vasos e retardando a propagação do câncer em metástases (PERES, et al., 2015).

As patologias ligadas ao trato gastrointestinal recebem benefícios dessa planta medicinal, por formar uma camada protetora e eliminar resíduos tóxicos que podem causar constipação, gastrite, úlcera, cálculos biliares e vesiculares (FERNANDES, et al., 2016).

Para Nicoletti, et al (2010) a *cúrcuma* é um remédio natural para a abordagem terapêutica de doenças causadas por vírus que interferem na imunidade, como no caso do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), assim como em processos anti-inflamatórios diversos, anticoagulação e desintoxicação do organismo.

A *cúrcuma* ainda age como termogênico e inibidor do apetite no tratamento da obesidade (COLLINO, 2014). Comprovações científicas têm mostrado que a *cúrcuma* apresenta uma vasta gama de atividades farmacológicas contra muitas doenças crônicas, incluindo diabetes tipo II, artrite, esclerose múltipla, doença de Alzheimer e aterosclerose. Sua ação anti-inflamatória age de forma eficaz em músculos, nervos e ossos, proporcionando o alívio da dor e melhorando movimentos das articulações (SCHOLZE, 2014).

A *cúrcuma* possui efeito positivo sobre a regressão de doenças cardíacas,

atuando no revestimento dos vasos sanguíneos e regulação da pressão sanguínea, coagulação do sangue e outros fatores, mostrando-se tão eficaz quanto exercícios físicos (SILVA FILHO et al., 2009).

Por fim, Sanmukhani, et al (2013) salientou a importância da pesquisa publicada em 2013 na revista *Phytotherapy Research*, que confirmou que o uso da cúrcuma é seguro e eficaz no tratamento de depressão. O estudo verificou que 1000 mg de curcumina quando administrada por via oral, não apresentou efeitos colaterais quando comparada à droga convencional, fluoxetina.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa permitiu concluir que os profissionais da área da saúde reconhecem a fitoterapia como uma alternativa capaz de prevenir e tratar doenças sem afetar a garantia dos resultados esperados na abordagem terapêutica e farmacológica. Evidenciou-se que a cúrcuma longa L. tem um alto potencial de utilização, não somente pelo baixo custo, mas também por apresentar um alto valor medicinal, pois a ciência comprova que suas propriedades tratam ou contribuem no tratamento de diversas doenças. As propriedades funcionais da cúrcuma vão além da remissão do câncer, da melhoria da saúde cerebral, proteção do coração e efeitos hepáticos. Apresenta versatilidade de mercado e importantes efeitos antioxidantes e anti-inflamatórios.

REFERÊNCIAS

1. AMRO MS, et al. The potential role of herbal products in the treatment of Parkinson's disease. Revista **La Clínica Terapeutica**, 2018 [S.l.], v. 169, n. 1, p. e23 - e33, ISSN 1972-6007.
2. BANERJEE S, et al. Ancient drug curcumin impedes 26S proteasome activity by direct inhibition of dual-specificity tyrosine-regulated kinase 2. Revista Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 2018; vol. 115, n. 32: 8155–8160.
3. BASTOS DHM, et al. Mecanismos de ação de compostos bioativos dos alimentos no contexto de processos inflamatórios relacionados à obesidade. Revista Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia. 2009;53(5):646-656.
4. BEZERA PQM, et al. Estudo prospectivo da cúrcuma longa l. com ênfase na aplicação como corante de alimentos. Cadernos de Prospecção - ISSN 1983-1358. Salvador, BA/BR - 2013. vol.6, n.3, p.366-378. D.O.I.: 10.9771/S.CPROSP.2013.006.0041.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 190 p. ISBN 978-85-334-2399-2.

6. BRASIL. Ministério da Saúde. MS elabora Relação de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS. Biblioteca virtual em saúde. Brasília- DF. 2009.
7. BRASIL. Decreto n. 5.813, de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências. Brasília, DF.
8. CALCAGNO DQ, et al. Role of histone acetylation in gastric cancer: implications of dietetic compounds and clinical perspectives. *Revista Epigenomics*. 2019, v. 11, n. 3. 1750-1911.
9. CAMPOS SC, et al. Toxicidade de espécies vegetais. *Revista brasileira plantas medicinais*. vol.18, n.1, suppl.1, pp.373-382, 2016.
10. CARVALHO ACB, SILVEIRA D. Drogas vegetais: uma antiga nova forma de utilização de plantas medicinais. *Brasília Médica*, Brasília, v. 48, n. 2, p. 219-237, 2010.
11. COLLINO L. Curcumina: de Especiaria à Nutracêutico [artigo]. Araraquara: Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual Paulista; 2014.
12. FERNANDES COM, et al. Toxicidade dos fitoterápicos de interesse do SUS: uma revisão. *Semina: CiêncBiol Saúde*. Londrina, jan./jun. 2016;37(1):83-96.
13. FIGUEREDO CA et al. A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos: construção, perspectivas e desafios. *PhysisRev Saúde Col*. Rio de Janeiro, 2014;24(2):381-400.
14. FIRMO WCA. et al. Contexto histórico, uso popular e concepção científica sobre plantas medicinais. *Cad. Pesq.*, São Luís, v. 18, n. especial, dez. 2011, p. 90 – 95.
15. GRASSO EC, et al. Ação anti-inflamatória de *Cúrcuma longa* L. *Revista Eletrônica Thesis*, São Paulo, ano XIV, n.28, p.117-129, 2017.
16. MARCHI JP, et al. curcuma longa l., o açafrão da terra, e seus benefícios medicinais. *Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR*, Umuarama, 2016, v. 20, n. 3, p. 189-194.
17. MARQUES LAM, et al. Atenção farmacêutica e práticas integrativas e complementares no SUS: conhecimento e aceitação por parte da população são-joanense. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 21 [2]: 663-674, 2011.
18. MEDEIROS IL, et al. O papel do farmacêutico na orientação do uso racional de fitoterápicos. *Revista Congrepics*. V. 1, 2017, ISSN 2594-8334
19. MUNIZ RMCC et al. Plantas Medicinais da RENISUS de Atuação Central. *Revista Infarma*, 2012, v. 24, n. 1-3, p. 75- 80.
20. MORETES DN, GERON VLMG. Os benefícios medicinais da *Cúrcuma longa* l. (açafrão da terra). *RevCientFacEduc e Meio Ambiente*. 2019;10(1): 106-114.

21. NASCIMENTO JÚNIOR BJ, et al. Avaliação do conhecimento e percepção dos profissionais da estratégia de saúde da família sobre o uso de plantas medicinais e fitoterapia em Petrolina-PE, Brasil. *Rev. bras. plantas med*, v. 18, n. 1, p. 57-66, 2016.
22. NICOLETTI MA, et al. Uso popular de medicamentos contendo drogas de origem vegetal e/ou plantas medicinais: principais interações decorrentes. *Rev Saúde*. 2010;4(1):25-39.
23. NICOLETTI MA, et al. Farmacovigilância de drogas vegetais e seus derivados: uma ação necessária e já iniciada para a segurança do paciente, no contexto do uso racional de medicamentos. *Revista Visão em debate*. 2015;3(2):136-143.
24. NOGUEIRA S. O veneno do remédio. *Revista Pesquisa Fapesp*. Edição 168, 2010.
25. PERES AS, et al. Propriedades funcionais da cúrcuma na suplementação nutricional. *Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico*. ISSN: 2446-6778 N° 2, volume 1, artigo nº 15, 2015.
26. PIZZIOLO VR, et al. Plantas com possível atividade hipolipidêmica: uma revisão bibliográfica de livros editados no Brasil entre 1998 e 2008. *Revista Brasileira de Plantas Mediciniais*, Botucatu, v. 13, n. 1, p. 98-109, 2011.
27. PRADO CN, et al. O uso de fitoterápicos no tratamento da obesidade. *Rev. Bras. Obes. Nutr. Emagrec.*. São Paulo. V.4. Jan./Fev. 2010.
28. SANMUKHANI J, et al. Efficacy and Safety of Curcumin in Major Depressive Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Phytotherapy Research*, 2013.
29. SANTANA JD, et al. potencial das plantas medicinais no tratamento de doença de alzheimer com ênfase em cúrcuma longa. *Revista Saúde Viva Multidisciplinar da AJES*, 2018, v. 1, n. 1, p. 1 – 156.
30. SCHOLZE AFA. Biodisponibilidade da curcumina. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica Funcional* - ano 14, nº60, 2014. 20-24.
31. SILVA FILHO CRM, et al. Avaliação da bioatividade dos extratos de cúrcuma (*Curcuma longa* L., Zingiberaceae) em *Artemia salina* e *Biomphalaria glabrata*. *Rev. Bras. Farmcogn. Bras. J. Pharmacogn.* 19(4):2009.
32. TRINDADE MT, et al. Atenção farmacêutica na fitoterapia. *Revista Científica Univiçosa* - Volume 10 - n. 1 - Viçosa-MG – 2018.
33. WANG X, et al. Effects of curcuminoids identified in rhizomes of *Curcuma longa* on BACE-1 inhibitory and behavioral activity and lifespan of Alzheimer's disease *Drosophila* models. *BMC Complement Altern Med*, v. 14, p. 88, 2014.

FARMACOVIGILÂNCIA EM FITOTERAPIA: UMA BREVE ABORDAGEM

Data de aceite: 01/09/2020

Data de submissão: 07/07/2020

Nilson de Jesus Pereira Batalha Júnior

<http://lattes.cnpq.br/5181705746190136>

<https://orcid.org/0000-0002-6325-5655>

Flavia Maria Mendonça do Amaral

<http://lattes.cnpq.br/9334507801916334>

<https://orcid.org/0000-0001-7845-8562>

Izolda Souza Costa

<http://lattes.cnpq.br/9904392880678869>

<https://orcid.org/0000-0003-0899-6845>

Mariana Nascimento Batalha

<http://lattes.cnpq.br/5789662222810918>

Denise Fernandes Coutinho

<http://lattes.cnpq.br/7346399893912346>

<https://orcid.org/0000-0002-5665-9280>

Jéssyca Wan Lume da Silva Godinho

<http://lattes.cnpq.br/3515630350445497>

<https://orcid.org/0000-0002-7599-6178>

Maria Helena Seabra Soares de Britto

<http://lattes.cnpq.br/9442764969909044>

<https://orcid.org/0000-0001-7155-1633>

Samara Araújo Bezerra

<http://lattes.cnpq.br/5398174318614628>

RESUMO: Plantas com fins medicinais e seus produtos derivados têm sido empregadas, ao longo do tempo, para tratamento e prevenção de diversas afecções; prática estimulada, na

maioria das vezes, por questões financeiras, culturais ou pela crença errônea de ausência de efeitos adversos. Situação preocupante quando se admitem os riscos associados ao uso de produtos de origem vegetal sem validação e padronização metodológica na sua obtenção. Assumindo a necessidade de monitoração frente a esses riscos e a crescente expansão do mercado de fitoterápicos, a Farmacovigilância em Fitoterapia é uma preocupação emergente que visa detectar, avaliar e compreender problemas decorrentes do uso de plantas medicinais e seus produtos derivados. O Governo Federal, através do Ministério da Saúde, instituiu ao longo dos anos diversos sistemas de notificação, como Sistema de Informações Tóxico-Farmacológicas, Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária e o Sistema de Notificação de Eventos Adversos; associados a diversas regulamentações que respaldam o uso e produção de produtos de origem vegetal frente a critérios técnicos. Apesar dessas determinações, ainda se observa a comercialização de produtos de qualidade duvidosa, com ação farmacocinética e farmacodinâmica desconhecida; fator agravado, por vezes, pela carência de informações dos prescritores e usuários, além do desconhecimento da relação de eventos adversos ao uso desses. Desse modo, é evidente a necessidade de implementação de medidas regulatórias efetivas, expansão do conhecimento de casos reportados e alimentação coerente dos mecanismos brasileiros de notificação por meio de preparo pessoal, análise de suspeitas, acesso à informação, bem como, melhores investimentos nacionais para viabilizar e difundir o uso racional

e seguro de medicamentos fitoterápicos.

PALAVRAS-CHAVE: Farmacovigilância. Fitoterapia. Plantas Medicinais. Vigilância em Saúde.

PHARMACOVIGILANCE IN PHYTOTHERAPY: A BRIEF APPROACH

ABSTRACT: Plants for medicinal purposes and their derived products have been used over time for the treatment and prevention of various diseases; most often stimulated by financial, cultural reasons or by the erroneous belief of absence of adverse effects. A worrying situation when the risks associated with the use of products of plant origin without validation and methodological standardization in obtaining them are admitted. Assuming the need for monitoring in the face of these risks and the growing expansion of the herbal medicine market, Pharmacovigilance in Phytotherapy is an emerging concern that aims to detect, evaluate and understand problems arising from the use of medicinal plants and their derivative products. The Federal Government, through the Ministry of Health, has established over the years several notification systems, such as Toxic-Pharmacological Information System, Health Surveillance Notification System and the Adverse Event Notification System; associated with several regulations that support the use and production of products of plant origin against technical criteria. Although these determinations, the commercialization of products of dubious quality is still observed, with pharmacokinetic action and pharmacodynamics unknown; a factor aggravated, sometimes, by the lack of information from prescribers and users, in addition to the lack of knowledge of the relationship of adverse events to the use of these. Thus, it is evident the need to implement effective regulatory measures, expand knowledge of reported cases and coherent feeding of Brazilian notification mechanisms through personal preparation, analysis of suspicions, access to information, as well as, better national investments to enable and disseminate the rational and safe use of herbal medicines.

KEYWORDS: Pharmacovigilance. Phytotherapy. Medicinal plants. Health Surveillance.

1 | INTRODUÇÃO

O uso popular de plantas para fins medicinais, embora representando uma prática antiga, difundida ao longo de gerações, nas últimas décadas, com a significação e, por conseguinte, importância da Fitoterapia, é constatado que tem sido lançadas bases para o uso de plantas e seus produtos derivados consciente e validado, fomentando o incentivo à pesquisa para promoção dos serviços de saúde através dessa prática, especialmente na Atenção Básica à Saúde (GONÇALVES, 2016). O uso da medicina tradicional está associado a ênfase a abordagem do aspecto holístico onde níveis físicos, emocionais e mentais são valorizados na influência ao bem-estar do indivíduo (ANDRADE; COSTA, 2010).

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 26 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de 13 de maio de 2014, define medicamento fitoterápico

como aquele que é obtido exclusivamente por matérias-primas ativas vegetais, com segurança, eficácia e constância de qualidade comprovada cientificamente. Por sua vez, o produto tradicional fitoterápico segue o mesmo critério de obtenção, sendo sua inserção no arsenal terapêutico fundamentada na tradicionalidade do uso, publicados em literatura técnico-científica, sem a necessidade de vigilância de um médico para fins de diagnóstico da patologia em questão, de prescrição ou de monitorização (BRASIL, 2014a).

Plantas com fins medicinais e seus produtos derivados têm sido empregadas para o tratamento, cura e prevenção de diversas afecções, utilizadas em doenças agudas e crônicas; com tendência de uso estimulada pela crença errônea de ausência de efeitos adversos, questões financeiras e culturais, restrição ao acesso de alguns medicamentos alopáticos devido a obrigatoriedade de receituário (SILVEIRA et al., 2008; BATALHA-JUNIOR, 2020).

A significativa expansão do uso de fitoterápicos, ou de substância de origem vegetal com prováveis efeitos medicinais, tem importante destaque no mercado, com movimento global de aproximadamente U\$ 21,7 bilhões por ano. No Brasil, o mercado específico desse segmento obteve movimentação de R\$ 1,1 bilhão nos últimos 10 (dez) anos, com estimativa de crescimento para o futuro na ordem de 15% ao ano quando comparado a 4% das vendas de medicamentos sintéticos ao ano (FIRMO et al., 2012; CARNEIRO et al., 2015; CASTRO; ALBIERO, 2016).

Entretanto, existem riscos e perigos associados ao uso desses produtos de origem vegetal sem validação e padronização metodológica, podendo provocar agravos como hepatotoxicidade, nefrotoxicidade, aumento da pressão sanguínea, insônia, diarreia, cefaleia, sintomas gastrointestinais, entre outros (CARDOSO; AMORIM, 2013).

Apesar do Brasil dispor de diretrizes que disciplinam o exercício da Fitoterapia é constatado ampla disponibilização ao mercado de produtos sem eficácia, segurança e/ou qualidade comprovadas (GONÇALVES, 2016; BATALHA-JUNIOR, 2017; GONDIM, 2019). Assim, aqui buscamos abordar a importância da Farmacovigilância em Fitoterapia, como subsídio na educação em saúde e promoção do uso seguro e racional de medicamentos.

21 FARMACOVIGILÂNCIA: CENÁRIO E MECANISMOS DE NOTIFICAÇÃO

Atualmente, os medicamentos sintéticos são reconhecidos como a principal ferramenta terapêutica empregada; passíveis de obter a atividade clínica esperada para a condição que se propõe tratar, desde que com utilização adequada, respeitando-se a dose, a via de administração, o período de utilização e o seguimento coerente

da prescrição por parte do usuário, além do cuidado da observação que permitam identificar a presença de prováveis resultados negativos, durante seu uso (GOMES et al., 2012; MATSUCHITA, MATSUCHITA, 2015; VALERIANO et al., 2017).

Mas apesar dos cuidados em sua utilização, os medicamentos sintéticos podem causar efeitos que representam riscos, como os eventos adversos; riscos esses que levaram à discussão da Farmacovigilância como ciência relativa à detecção, avaliação, compreensão, prevenção dos efeitos adversos e reações adversas relacionados a medicamentos (ARRAIS et al., 2012).

Evento adverso consiste em um acontecimento desfavorável que ocorre durante ou após o uso de medicação ou outra intervenção, sem necessariamente existir uma relação causal com o evento. Já o efeito adverso é definido como um agravo à saúde que pode estar correlacionado a um produto farmacêutico, existindo uma possibilidade relação causal entre o tratamento e o efeito (VARALLO; MASTROIANNI, 2013).

Por sua vez, a reação adversa ao medicamento (RAM) é qualquer resposta prejudicial ou indesejável que se manifeste em doses usuais empregadas para profilaxia, diagnóstico ou terapia, conectando, neste caso, o uso do medicamento a ocorrência do problema, perpassando ao efeito adverso (CARDOSO, AMORIM, 2013).

O primeiro registro de RAM foi reportado no século XIX, onde houve óbito causado por fibrilação cardíaca após o uso de cloróformio durante procedimento cirúrgico (VARALLO; MASTROIANNI, 2013); mas apenas com a tragédia causada pelo emprego de talidomida em gestantes, ocorreram os primeiros esforços internacionais para abordagem de questões com problemas relacionadas a medicamentos (ARRAIS et al., 2012).

Em 1968 a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou um programa piloto em países que já possuíam sistema nacional de notificação, com objetivo de fiscalizar e garantir a segurança dos medicamentos e trazendo visibilidade à Farmacovigilância. Com conseqüente expansão, o projeto se tornou o “Programa Internacional de Monitoramento de Medicamentos” (PIMM), coordenado atualmente pelo *The Uppsala Monitoring Centre*, na Suécia, com a supervisão de um comitê internacional, o qual o Brasil é membro desde de 2001 (BALBINO, DIAS; 2010; VARALLO, MASTROIANNI; 2013; BRASIL, 2018a).

Assim, com o PIMM, a Farmacovigilância ganhou mais relevância nos parâmetros das agências regulatórias em todo o mundo, passando a ser encarada como uma questão de grande relevância para a saúde pública e na prática clínica. O Programa é alimentado em conjunto nos centros nacionais de cada membro vinculado a ele, o que eleva ainda mais a área de sua abrangência (BRASIL, 2018a). No Brasil, em âmbito Federal, a instituição que realiza controle sanitário da produção

e consumo de produtos e serviços é ANVISA, uma autarquia sob regime especial responsável por promover a proteção da saúde da população (ARRAIS et al., 2012). Nos demais estados da federação e ligados às secretarias de estado de saúde, temos as Vigilâncias Sanitárias Estaduais (VISA).

Antes de serem registrados, os medicamentos precisam ser avaliados quanto a sua eficácia, segurança e qualidade; no entanto, pode ocorrer de somente após o uso pela população, ou seja, após autorização para comercialização alguns tipos de reações adversas mais raras e graves serem observadas (GOMES et al., 2012). Isso ocorre devido ao processo de Pesquisa e Desenvolvimento (P & D) de medicamentos apresentarem certas limitações quanto aos ensaios clínicos controlados, onde o medicamento é testado em humanos em grupos pequenos, logo com baixa representatividade na diversidade de grupos e etnias. Assim, apesar da indústria seguir todos os protocolos das etapas que precedem o registro e comercialização, ainda há a avaliação por parte de agências regulatórias e autoridades sanitárias, que podem ceder parecer favorável ou não a continuidade dessa comercialização (ARRAIS et al., 2012).

A P&D perpassa pelas seguintes etapas: pesquisa básica, testes pré-clínicos, testes clínicos e Farmacovigilância. A Farmacovigilância ocorre geralmente na fase pós-comercialização, vem ganhando cada vez mais importância dentro dos ensaios clínicos a medida que a regulamentação para registro de um produto se torna mais rigorosa. Cada etapa possui características específicas, que vão desde a avaliação e validação do alvo terapêutico, até a utilização do medicamento pelo homem (GOMES et al., 2012). Desse modo, para que determinado produto ou serviço esteja disponível ao público e seja empregado, é necessário que sejam seguidos os protocolos e normativas técnicas, de acordo com as diretrizes da ANVISA.

Buscando promover a proteção à saúde pública e garantir a segurança de produtos e serviços na pós-comercialização, foi instituído o Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária (NOTIVISA) por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 1660, de 22 de julho de 2009 (BRASIL, 2009a). A fácil alimentação desse sistema, realizada por profissionais do serviço de saúde, laboratórios de saúde pública, universidades, drogarias e farmácias, centros de pesquisa e cidadãos, torna possível realizar um monitoramento sistemático; onde são protocoladas suspeitas de desvios de qualidade, falsificação e produção sem autorização de funcionamento, assim como eventos adversos aos medicamentos (BRASIL, 2016).

A alimentação do NOTIVISA pelos profissionais do serviço de saúde é essencial, visto que por meio dele são observadas a eficácia e segurança para continuidade ou não do uso das medicações. Agindo, assim, como importante ferramenta para a ação de políticas públicas e no processo de seleção e enquadramento de novos fármacos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)

(ARRAIS et al., 2012), além de direcionar atenção por parte dos órgãos regulatórios aos problemas raros observados apenas com uso prolongado dos medicamentos.

Outra ferramenta essencial à Farmacovigilância é a Rede Sentinela, criada pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), com o intuito de conectar hospitais e centros de saúde fomentadores de ensino; possibilitando fortalecer ações com experiências clínicas sobre o uso de medicamentos e ratificar a qualidade, efetividade e assistência plena com segurança (IVAMA; SOUZA, 2005; MENDES et al., 2008; BRASIL, 2011).

Além desses mecanismos, recentemente uma parceria feita entre a ANVISA e o Centro de Monitoramento de *Uppsala*, instituíram no Brasil o VigiMed como uma ferramenta que aos poucos irá substituir o NOTIVISA para a notificação de eventos adversos. Esse sistema é uma versão nacional adaptada do VigiFlow, oferecido pela OMS aos centros de farmacovigilância dos países membros do PIMM; tendo como vantagem o melhoramento e facilidade no processo de envio das notificações, geração e unificação de dados informativos para tomadas de decisões em Farmacovigilância no Brasil (BRASIL, 2018a).

As ações regulatórias de Farmacovigilância relacionadas ao uso dos medicamentos se baseiam e são favorecidas com os mecanismos supracitados. Nesse sentido, podemos evidenciar que nos últimos vinte anos, cerca de 10 (dez) medicamentos tiveram registros suspensos e foram retirados do mercado (Tabela 1), além de outros terem sua comercialização suspensa temporariamente devido a problemas técnicos na produção do lote; ação, essa, devido à ausência de comprovação científica de eficácia e/ou ao risco de graves efeitos colaterais, como derrame cerebral, problemas hepáticos e infarto do miocárdio (BRASIL, 2012).

Ano	Princípio ativo	Motivo da retirada
2000	fenilpropanolamina	Risco de graves efeitos colaterais, principalmente derrame cerebral
2002	fenolftaleína	Risco de câncer
2003	tiratricol	Risco de infarto do miocárdio e derrame cerebral
2004	rofecoxibe	Risco de eventos cardiovasculares graves
2008	lumiracoxibe	Risco de problemas hepáticos
2009	efalizumabe	Risco leucoencefalopatia multifocal progressiva
2010	rosiglitazona	Risco de eventos cardiovasculares graves
2011	anfepirama, femproporex e mazindol	Riscos à saúde e ausência de comprovação científica da eficácia

Tabela 1. Medicamentos sintéticos retirados da comercialização no Brasil, através de ações de Farmacovigilância, por ano.

Fonte: ANVISA (2012)

Fica demonstrado, assim, a necessidade dos órgãos regulatórios implementarem, com maior efetividade, a Farmacovigilância em níveis municipais, estaduais, federais, na indústria farmacêutica, farmácias/drogarias, unidades básicas de saúde, hospitais e clínicas especializadas (ARRAIS et al., 2012).

3 I FARMACOVIGILÂNCIA EM FITOTERAPIA

A Farmacovigilância de plantas medicinais e seus produtos derivados é uma preocupação relativamente nova no cenário acadêmico e normativo, carecendo da identificação dos efeitos indesejáveis desconhecidos, quantificação de riscos e fatores responsáveis que podem levar a problemas relacionados ao uso de fitoterápicos; além da padronização de termos, divulgação de experiências e contribuição no uso seguro e eficaz (SILVEIRA et al., 2008; BATALHA-JUNIOR, 2020).

No Brasil, a Farmacovigilância em Fitoterapia se enquadra dentro das diretrizes estabelecidas pela OMS. No entanto, ainda possui dificuldades em obter e divulgar dados relacionados aos riscos a plantas medicinais e produtos derivados quando comparados aos medicamentos sintéticos. Essa carência de informações pode estar correlacionada com a falta de treinamento dos profissionais da saúde que atuam diretamente com o usuário a reportarem os casos mediante suspeita de alguma reação, bem como a falta de reconhecimento da relação de eventos adversos ao uso de produtos de origem vegetal pelos próprios usuários (MAZZARI, PRIETO, 2014).

Esforços do Governo Federal vêm sendo empregados para regulamentarem o uso de plantas medicinais e seus produtos derivados em âmbito nacional; merecendo destaque:

- A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, que visa promover o acesso seguro e racional de plantas medicinais e fitoterápicos de forma sustentável para biodiversidade, auxiliando no desenvolvimento da indústria de fitoterápicos (BRASIL, 2006a);
- A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (SUS) que visa a prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde de modo continuado e humanizado na atenção básica (BRASIL, 2006b);
- A criação do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos com diretrizes para cadeia produtiva de todas as etapas da produção de plantas medicinais e fitoterápicos de modo garantir o uso seguro e racional das espécies vegetais promovendo a inserção da Fitoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2009b);
- A publicação da Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (RENISUS), com espécies vegetais nativas utilizadas nos ser-

viços de saúde estaduais e municipais, sendo elaborada com base no conhecimento tradicional e popular, bem como estudos químicos e farmacológicos, com potencial de evoluir na cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos e de gerar produtos (BRASIL, 2009c);

- A Portaria do Ministério da Saúde nº 886, de 20 de abril de 2010, que institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) cujas ações foram complementadas pela RDC nº 18, de 3 de abril de 2013, dispondo sobre o regulamento técnico de boas práticas de processamento e armazenamento de plantas medicinais, preparação e dispensação de produtos magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos em Farmácias Vivas no âmbito do SUS (BRASIL, 2010a; 2013);
- A RDC nº 26, de 13 maio de 2014, que normatiza o registro e notificação de fitoterápicos industrializados; sendo esses classificados em medicamentos fitoterápicos (MF) e produtos tradicionais fitoterápicos (PTF), cuja diferença básica está fundamentada na forma de certificação da segurança e eficácia; onde o MF é avaliado através de ensaios clínico e o PTF pela tradicionalidade de uso (BRASIL, 2014a);
- A publicação da Instrução Normativa do Ministério da Saúde nº 02, de 13 de maio de 2014, com as listas de espécies vegetais para a elaboração de medicamentos fitoterápicos ou produtos tradicionais fitoterápicos de registro simplificado (BRASIL, 2014b);
- A inclusão de plantas medicinais e suas formas farmacêuticas na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) nos últimos anos (BRASIL, 2018b).

Mas, embora existam tais medidas de regulamentação para o uso de plantas e seus produtos derivados, fornecendo aporte para fabricação, prescrição qualificada e venda, falhas são constatadas em relação a Farmacovigilância em Fitoterapia (GONÇALVES, 2016). Muitos produtos de qualidade duvidosa, com ação farmacocinética e farmacodinâmica desconhecida, podem ser fator de interação com medicamentos sintéticos, desencadeando problemas de absorção, distribuição, metabolização e excreção, caso sejam coadministrados, devido ação sobre enzimas metabolizadoras (SKALLI; BENCHEIKH, 2012).

Mesmo com dificuldades na categorização de reações adversas aos medicamentos ocasionadas por interações de medicamentos sintéticos e plantas e seus produtos derivados, problemas são comuns e podem ocasionar sérios danos à saúde em virtude de falha terapêutica (SILVEIRA et al., 2008; CARNEIRO; COMARELLA, 2016). Parte desses problemas estão condicionados aos constituintes farmacologicamente ativos das plantas como óleos essenciais, taninos, alcaloides,

flavonoides, entre outros; os quais podem interagir com medicamentos de uso comum, como os utilizados em tratamentos de hipertensão, *Diabetes mellitus*, hipotireoidismo e convulsão, com conseqüente potencialização dos efeitos (SKALLI; BENCHEIKH, 2012).

Nesse sentido, alguns trabalhos pontuais têm sido realizados de avaliação de interação medicamentosa de plantas e produtos derivados facilmente disponibilizados a venda e, portanto, amplamente empregados para fins terapêuticos no Brasil, a exemplo dos estudos de revisão de Nicoletti et al. (2007), Cardoso et al. (2009), Nicoletti et al. (2010), Carneiro; Comarella (2016) e Dias et al. (2017) que enfatizam interações de espécies vegetais como *Camellia sinensis* L. (Chá verde), *Peumus boldus* Molina (Boldo), *Rhamnus prushiana* DC. (Cáscara sagrada), *Ginkgo biloba* L. (Ginkgo), *Matricaria recutita* L. (Camomila), com medicamentos de vasto emprego terapêutico como anticoagulantes, antiplaquetários, barbitúricos, contraceptivos orais, diuréticos tiazídicos, glicosídeos cardiotônicos, entre outros.

Para registros dessa natureza foi criado o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX), que teve suas atividades iniciadas em 1980, quando o Ministério da Saúde identificou a necessidade de criação de um mecanismo que coletasse e gerasse dados em Toxicologia e Farmacologia; sendo visto como mais uma ramificação das atribuições da Farmacovigilância. Esse sistema difere do NOTIVISA, pois registra casos específicos de problemas não esperados quanto a ação de algum agente, seja medicamento sintético, planta medicinal e/ou produtos derivados, entre outros que intoxicam e podem levar a óbito; e gera dados que impulsionam ação de políticas públicas (Figura 1) (BRASIL, 2009d).

Em 2017, o número de intoxicação por plantas no Brasil foi de 821 casos, sendo que nesse período foi reportado um caso de óbito proveniente de intoxicação por plantas. As regiões com maiores números de casos reportados foram sul e sudeste com 474 (57,73%) e 287 (34,96%) dos registros respectivamente. Percebe-se uma baixa nos casos reportados nas regiões norte e nordeste, principalmente quando se analisa frente a anos anteriores (BRASIL, 2017).

Mesmo com observância de baixos casos reportados de toxicidade por plantas e/ou produtos derivados, os dados devem ser analisados com cautela, pois muitos desses não são registrados ou são notificados como exposição a agente tóxico desconhecido. Nesse sentido, o próprio SINITOX em sua base de dados alerta, por meio de uma janela “pop-up”, que os dados podem não ser representativamente significantes em decorrência da diminuição na alimentação por parte da Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica (RENACIAT) nesses levantamentos (CAMPOS et al., 2016; BRASIL, 2017).

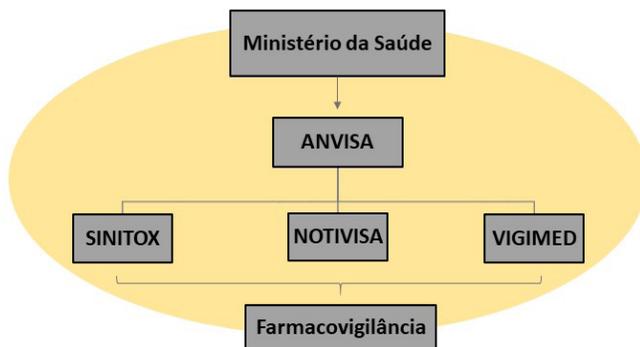


Figura 1. Organograma da estruturação dos mecanismos de fiscalização e notificação em Farmacovigilância. Legenda: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Sistema de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX), Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária (NOTIVISA) e Sistema de Notificação de Eventos Adversos no Uso de Medicamentos (VigiMed).

Situação essa que reflete a falta de promoção do uso racional de plantas medicinais e/ou seus produtos derivados e a ausência de treinamento de profissionais de saúde para detectarem sintomatologias e riscos pelos quais o usuário se expõe. Além disso, o Brasil dispõe de diversos profissionais que legalmente podem prescrever fitoterápicos para população de acordo com seus respectivos conselhos, tais como: biomédicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas e odontólogos; contudo, muitos desses profissionais não possuem em sua grade curricular subsídio necessário que os habilitem a serem prescritores de produtos naturais, dificultando, ainda mais, a observância de casos de problemas relacionados a esses produtos (MAZZARI; PRIETO, 2014; COUTINHO et al., 2020).

Atrelado a esses fatos, merece, ainda, destaque a questão sobre a inefetividade terapêutica de produtos naturais e/ou derivados. Inefetividade é a ausência ou a redução da resposta terapêutica esperada de um medicamento, sob condições de uso prescritas ou indicadas na bula; fazendo, assim, um contra ponto com o significado de eficácia medicamentosa e anseios do usuário pela terapêutica condizente ao recurso empregado, representando uma ramificação essencial da Farmacovigilância, tendo como premissa o monitoramento do produto medicamentoso (BRASIL, 2009e).

A garantia de sucesso de um tratamento envolve 03 (três) fatores: paciente, ambiente e medicamento. Desde que a prescrição esteja coerente, com indicação terapêutica, posologia e tempo adequado de uso, esses 03 (três) fatores determinam a efetividade do tratamento; logo a capacidade dele exercer efeito esperado em condições reais de uso. No entanto, essas condições nem sempre são obedecidas

e acabam dificultando o tratamento e resposta esperada da medicação (CAPUCHO, 2016).

Esses problemas são percebidos tanto em medicamentos sintéticos quanto em fitoterápicos, porém o risco maior de uso de um produto inefetivo se apresenta nos produtos naturais em virtude da falta de estudos de padronização do material vegetal, bem como a falta de reconhecimento dos seus efeitos sistêmicos, toxicológicos e na falácia popular amplamente difundida que “se é natural não faz mal” (CAMPOS et al., 2016); constituindo, ainda, como resultado da alteração da matéria-prima, qualidade do medicamento, interações medicamentosas, uso inadequado, resistência ou intolerância ao medicamento, entre outros (VIDAL, 2012).

Reconhecidamente, os canais de monitoramento da ANVISA, como o NOTIVISA e SINITOX não registravam inefetividade terapêutica, o que pode ter agravado problemas de subnotificação e falha no direcionamento por parte dos órgãos regulatórios para atuarem com alertas a população quanto à manutenção do uso terapêutico de determinado produto.

Parte dessas subnotificações se justifica pela falta de padronização da terminologia inefetividade pelos farmacologistas, que o enquadram tanto como uma reação adversa, quanto como evento adverso (CAPUCHO, 2016); contudo tal divergência não exclui o fato constatado da inefetividade ser um efeito adverso ao medicamento. Atualmente, com a recente criação do VigiMed, o sistema traz aporte a essa categoria e se constitui em mais um avanço a Farmacovigilância (BRASIL, 2018a).

A implantação das medidas regulatórias e de um sistema de captação dessas notificações de maneira mais efetiva pode solucionar em parte problemas de inefetividade dos produtos fitoterápicos, porém é sabido que não se trata de uma solução instantânea e que seus resultados demandarão tempo. Enquanto isso, o sistema de saúde e os profissionais que lidam diretamente com o usuário devem buscar alternativas para lidar com a problemática (VARALLO; MASTROIANNI, 2013; CAPUCHO, 2016).

Assim, é evidente a real necessidade de expansão do conhecimento de casos reportados e a alimentação correta e constante dos mecanismos brasileiros de notificação, por meio da qualificação de recursos humanos, que certamente irão realizar a análise de suspeitas com maior competência, viabilizar acesso de qualidade às informações sobre medicamentos, bem como melhores investimentos nacionais para difundir e facilitar a padronização e classificação de uso seguro de medicamentos fitoterápicos (ARRAIS et al., 2012; BRITO et al., 2016; CAMPOS et al., 2016).

REFERÊNCIAS

ANDRADE, João Tadeu de; COSTA, Liduina Farias Almeida da. **Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica**. Saúde e Sociedade, v. 19, n. 3, p. 497-508, 2010.

ARRAIS, Paulo Sérgio Dourado; ZANNIN, Marlene; SOUSA, Iane Franceschet de. **Gestão da Assistência Farmacêutica: módulo 4: unidade 6: farmacovigilância**. 2012. Disponível em <www.unasus.ufsc.br>. Acesso em 03 mar. 2019.

BALBINO, Evelin E.; DIAS, Murilo F. **Pharmacovigilance: A step towards the rational use of herbs and herbal medicines**. Revista Brasileira de Farmacognosia, v. 20, n. 6, p. 992-1000, 2010.

BATALHA-JUNIOR, Nilson de Jesus Pereira. **FARMACOVIGILÂNCIA EM FITOTERAPIA: comercialização de fitoterápicos para perda de peso e controle de qualidade de produtos à base de folhas de Camellia sinensis L. adquiridas em farmácias de São Luís, Maranhão**. 2017.

BATALHA-JUNIOR, Nilson de Jesus Pereira. **FARMACOVIGILÂNCIA EM FITOTERAPIA: qualidade de drogas vegetais e fitoterápicos empregados para perda de peso em São Luís, Maranhão, Brasil**. 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim de Farmacovigilância**. 2012. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 27 de jul 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim de Farmacovigilância 5: VigiMed**. 2018a. Disponível: <www.anvisa.gov.br>. Acesso em 15 de jun. 2020.

BRASIL. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. **Guia – Glossário da Resolução RDC no04/2009**. 2009e. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 23 de fev. 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Instrução Normativa no 2, de 13 de maio de 2014**. Publica a Lista de medicamentos fitoterápicos de registro simplificado e a Lista de produtos tradicionais fitoterápicos de registro simplificado. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 14 de maio de 2014. 2014b. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 03 mar.2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **NOTIVISA: Sistema de Notificações de Vigilância Sanitária**. 2016. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 02 fev.2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Rede Sentinela**. 2011. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em 04 de fev. 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **SINITOX – Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas**. 2009d. Disponível em: <<https://sinitox.icict.fiocruz.br/>>. Acesso em: 08 fev. 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **SINITOX – Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas**. Registros de Intoxicações/Dados nacionais/2017. Disponível em: <<https://sinitox.icict.fiocruz.br/dados-nacionais>>. Acesso em: 05 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM no 1660, de 22 julho de 2009**. Institui o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária - VIGIPOS, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como parte integrante do Sistema Único de Saúde -SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 julho 2009. 2009a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 03 nov 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 886, de 20 de abril de 2010**. Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 22 abril 2010. 2010a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 03 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 971, de 3 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 maio 2006. 2006b. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 03 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2018**. 2018b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 03 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **RENISUS – Relação nacional de plantas medicinais de interesse ao SUS**. Brasília, DF, 2009c. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em 15 de jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 18, DE 03 DE ABRIL DE 2013**. Dispõe sobre as boas práticas de processamento e armazenamento de plantas medicinais, preparação e dispensação de produtos magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos em farmácias vivas no âmbito do SUS. 2013. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 06 nov 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução RDC no 26, de 13 de maio de 2014**. Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos e o registro e a notificação de produtos tradicionais fitoterápicos. 2014a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 03 nov 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto no 5.813, de 22 de junho de 2006**. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 de jun 2006a. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 03 mar. 2019.

BRASIL. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Brasília, DF, 136f. 2009b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 03 nov 2018.

CAMPOS, S. C. et al. **Toxicidade de espécies vegetais**. Revista Brasileira de plantas medicinais, v. 18, n. 1, p. 373-382, 2016.

CAPUCHO, Helaine Carneiro. **Monitoramento e avaliação farmacoterapêutica: o medicamento fez efeito? Qual**. Organização Pan-Americana de Saúde–OPAS, Organização Mundial da Saúde–OMS, organizadores. Uso racional de medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da assistência farmacêutica. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde-Representação Brasil, p. 1-7, 2016.

CARDOSO, C. M. Z. et al. **Elaboração de uma cartilha direcionada aos profissionais da Área da Saúde, Contendo Informações sobre Interações Medicamentosas envolvendo Fitoterápicos e Alopatícos.** 2013.

CARDOSO, Marco André; AMORIM, Márcia Aline Leal. **A farmacovigilância e sua importância no monitoramento das reações adversas a medicamentos.** Revista Saúde e Desenvolvimento, v. 4, n. 2, p. 33-56, 2013.

CARNEIRO, Ana Luiza Chrominski; COMARELLA, Larissa. **Principais interações entre plantas medicinais e medicamentos.** Revista Saúde e Desenvolvimento, v. 9, n. 5, p. 4-19, 2016.

CARNEIRO, Fernanda Melo et al. **Tendências dos estudos com plantas medicinais no Brasil.** Revista Sapiência: sociedade, saberes e práticas educacionais, v. 3, n. 2, p. 44-75, 2014.

CASTRO, R. A.; ALBIERO, A. L. M. **O mercado de matérias primas para indústria de fitoterápicos.** Revista Fitos Eletrônica, 2016.

COUTINHO, Denise Fernandes et al. **PRESCRIÇÃO EM FITOTERAPIA: orientações para profissionais da área de saúde visando o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos.** PRESCRIÇÃO EM FITOTERAPIA: orientações para profissionais da área de saúde visando o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, p. 1-388–416, 2020.

DIAS, Eliana Cristina Moura et al. **Uso de fitoterápicos e potenciais riscos de interações medicamentosas: reflexões para prática segura.** Revista Baiana de Saúde Pública, v. 41, n. 2, 2018.

FIRMO, Wellyson da Cunha Araújo et al. **Contexto histórico, uso popular e concepção científica sobre plantas medicinais.** Cadernos de pesquisa, 2012.

GOMES, Renata de Pinho et al. **Ensaio clínico no Brasil: competitividade internacional e desafios.** BNDES Setorial, n. 36, set. 2012, p. 45-84, 2012.

GONÇALVES, Marcelo de Carvalho et al. **Farmacovigilância em Fitoterapia: comércio e controle de qualidade de produtos vegetais adquiridos em estabelecimentos farmacêuticos no município de São Luís, estado do Maranhão.** 2016.

GONDIM, Roberta Sabrine Duarte et al. **Farmacovigilância em fitoterapia: qualidade de drogas vegetais e fitoterápicos empregados em doenças do aparelho digestivo em São Luís, Maranhão, Brasil.** 2019.

IVAMA, Adriana Mitsue; SOUZA, Nair Ramos. **A Importância da farmacovigilância: Monitorização da Segurança dos Medicamentos.** Revista Revista Fármacos e Medicamentos-Instituto Racine, v. 34, n. 6, p. 82-88, 2005.

MATSUCHITA, Hugo Leonardo Pereira; MATSUCHITA, Ana Sílvia Pereira. **A Contextualização da Fitoterapia na Saúde Pública.** Uniciências, v. 19, n. 1, 2015.

MAZZARI, A. L. D. A.; PRIETO, Jose Maria. **Monitoramento de interações farmacocinéticas entre plantas medicinais e fitoterápicos e os medicamentos convencionais pelo sistema de farmacovigilância brasileiro.** Infarma, v. 26, p. 193-198, 2014.

MENDES, Maria Cristina Prata et al. **História da farmacovigilância no Brasil.** Rev Bras Farm, v. 89, n. 3, p. 246-251, 2008.

NICOLETTI, Maria A. et al. **Principais interações no uso de medicamentos fitoterápicos.** Infarma, v. 19, n. 1/2, p. 32-40, 2007.

NICOLETTI, Maria Aparecida et al. **Uso popular de medicamentos contendo drogas de origem vegetal e/ou plantas medicinais: principais interações decorrentes.** Revista Saúde-UNG-Ser, v. 4, n. 1, p. 25-39, 2009.

SILVEIRA, Patrícia Fernandes da; BANDEIRA, Mary Anne Medeiros; ARRAIS, Paulo Sérgio Dourado. **Farmacovigilância e reações adversas às plantas medicinais e fitoterápicos: uma realidade.** Revista Brasileira de Farmacognosia, v. 18, n. 4, p. 618-626, 2008.

SKALLI, Souad; BENCHEIKH, Rachida Soulaymani. **Safety monitoring of herb-drug interactions.** Drug safety, v. 35, n. 10, p. 785-791, 2012.

VALERIANO, Andréa Cristina de Freitas Rodrigues et al. **O Uso da Fitoterapia na medicina por Usuários do SUS, Uma Revisão Sistemática.** ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA, v. 10, n. 33, p. 219-236, 2017.

VARALLO, Fabiana Rossi; MASTROIANNI, Patricia de Carvalho. **Farmacovigilância: Da teoria à prática.** <http://hdl.handle.net/11449/144953>, p. 68 p., 2013.

VIDAL, Milena Salmen. **Validação de intervenção educativa em farmacovigilância.** 2012.

FITOTERAPIA NO SUS: UM TERRITÓRIO PARA A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

Data de aceite: 01/09/2020

Data de submissão: 05/08/2020

Cynthia de Jesus Freire

Centro Universitário Cesmac
Maceió-Alagoas

Julielle dos Santos Martins

Centro Universitário Cesmac
Maceió-Alagoas

Maria Lúcia Vieira de Britto Paulino

Centro Universitário Cesmac
Maceió-Alagoas

Kelly Cristina Barbosa Silva Santos

Centro Universitário Cesmac
Maceió – Alagoas

Jesse Marques da Silva Junior Pavão

Centro Universitário Cesmac
Maceió – Alagoas

Thiago José Matos Rocha

Centro Universitário Cesmac
Maceió – Alagoas

Renata Guerda de Araújo Santos

Centro Universitário Cesmac
Maceió-Alagoas

Aldenir Feitosa dos Santos

Centro Universitário Cesmac
Maceió – Alagoas
Universidade Estadual de Alagoas
Arapiraca – Alagoas

RESUMO: A Educação Popular em Saúde rompeu com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde, dando ênfase aos espaços de interação cultural e negociação entre os atores envolvidos, incluindo a participação popular nas reorientações das políticas públicas de saúde. Desta forma, este trabalho apresenta uma pesquisa realizada numa Unidade Básica de Saúde em Maceió-AL, que teve como objetivo discorrer sobre como as orientações em saúde e as Políticas Públicas relacionadas à inserção do uso da fitoterapia podem se constituir em um espaço para as ações em Educação Popular em Saúde. Trata-se de uma Pesquisa Social Quanti-Qualitativa. Para tanto, foi realizada uma retrospectiva da literatura relacionada aos referidos temas e uma análise dos relatos de experiências envolvendo o uso popular da fitoterapia. Portanto, a fitoterapia é um importante recurso terapêutico que faz parte das práticas populares tradicionais de cuidado com a saúde e vem representando um importante elo entre o fazer médico e a população.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Popular em Saúde; Fitoterapia; Comunidade.

PHYTOTHERAPY IN SUS: A TERRITORY FOR POPULAR HEALTH EDUCATION

ABSTRACT: Popular Health Education broke with the authoritarian and normative tradition of health education, emphasizing spaces for cultural interaction and negotiation between the actors involved, including popular participation in the reorientation of public health policies. In this way, this paper presents research carried out in a Basic Health Unit in Maceió-AL, which had as objective

to discuss how health guidelines and public policies related to the insertion of the use of phytotherapy can constitute a space for actions in Popular Education in Health. This is Quanti-Qualitative Social Research. Thus, a retrospective of the literature related to these themes and an analysis of the reports of experiences involving the popular use of herbal medicine was carried out. Therefore, phytotherapy is an important therapeutic resource that is part of traditional popular health care practices and has been representing an important link between medical practice and the population.

KEYWORDS: Popular Health Education; Phytotherapy; Community.

1 | INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS), aprovada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2006, veio atender às recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), no que se refere ao Programa de Medicina Tradicional, visando identificar e integrar aspectos da Medicina Tradicional (MT) e da Medicina Complementar e Alternativa (MCA) nos sistemas nacionais de atenção à saúde, bem como à demanda da população brasileira e à necessidade de normatização e harmonização dessas práticas, incluindo a fitoterapia, na rede pública de saúde (BRASIL, 2006a, 2012).

No entanto, um adequado programa envolvendo fitoterapia deve incorporar o conjunto de valores, crenças e atitudes que compõe a filosofia de vida da população. Qualquer política de saúde a ser implantada necessita de informações essenciais que levem a conhecer os fatores que possam interferir no processo saúde-doença dessa comunidade, para tornar-se uma estratégia eficiente na melhoria (ANTONIO, Gisele Damian et al, 2013).

A Educação Popular em Saúde rompeu com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde, dando ênfase aos espaços de interação cultural e negociação entre os atores envolvidos, incluindo a participação popular nas reorientações das políticas públicas do setor saúde (ZEA-BUSTAMANTE, Luis Emilio.,2019). Este trabalho tem como objetivo discorrer sobre como as orientações em saúde e as Políticas Públicas relacionadas à inserção do uso da fitoterapia, realizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), podem se constituir em um espaço para as ações em Educação Popular em Saúde.

2 | METODOLOGIA

Partindo da proposta da Educação Popular em Saúde como um espaço de diálogo entre os atores envolvidos no setor saúde, o trabalho vem discutir sobre como as políticas públicas de inserção da fitoterapia no SUS pode se constituir em cenário para a negociação dos direcionamentos e ações a serem contempladas, visando

atender aos anseios da sociedade por um sistema de saúde eficiente e eficaz. Para tanto se faz uma retrospectiva da literatura relacionada aos referidos temas e uma análise dos relatos de experiências envolvendo o uso popular da fitoterapia.

3 | DISCUSSÃO E RESULTADOS

No Brasil, até meados do ano 2000, experiências com o uso de práticas envolvendo Medicinas Tradicionais e Complementares vinham sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados, porém sem diretrizes específicas, ocorrendo de modo desigual, descontinuado e muitas vezes, sem o devido registro, sem o fornecimento adequado de insumos ou ações de acompanhamento e avaliação (BRASIL, 2006a).

A partir das experiências existentes e visando melhor conhecê-las, apoiá-las, incorporá-las e implementá-las, dando-lhes legitimidade, surge no Brasil, em 3 de maio de 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS). Essa política veio também atender às deliberações das Conferências Nacionais de Saúde (1986 e 1996), Vigilância Sanitária (2001), Assistência Farmacêutica (2003) e de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (2004) (BRASIL, 2006a).

Essa política contempla as diretrizes e ações para inserção de serviços e produtos relacionados à Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia e Plantas Medicinais e Fitoterapia (BRASIL, 2012). Contempla ainda responsabilidades dos entes federais, estaduais e municipais, visando, entre outros, o acesso a Práticas Integrativas e Complementares com qualidade, eficácia, eficiência e segurança (BRASIL, 2006a).

A aprovação dessa Política Nacional desencadeou o desenvolvimento de novas políticas, programas e ações em todas as esferas governamentais; entre elas as que contemplam o uso de plantas medicinais e fitoterapia no SUS (BRASIL, 2012).

Uma vez que as plantas medicinais demandam ações que extrapolam o setor saúde, perpassando pela agricultura, meio ambiente, desenvolvimento agrário, indústria, ciência e tecnologia, justifica-se a criação do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) para programar estratégias para o desenvolvimento de toda cadeia produtiva de plantas e fitoterápicos (BRASIL, 2012).

A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos tem objetivos voltados:

[...] à garantia do acesso seguro e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos em nosso país, ao desenvolvimento de tecnologias e inovações, assim como ao fortalecimento das cadeias e dos arranjos produtivos, ao uso sustentável da biodiversidade brasileira e ao desenvolvimento do Complexo Produtivo da Saúde.

(BRASIL, 2006c, p.10).

No entanto, um adequado programa envolvendo fitoterapia deve incorporar o conjunto de valores, crenças e atitudes que compõe a filosofia de vida da população. Qualquer política de saúde a ser implantada necessita de informações essenciais que levem a conhecer os fatores que possam interferir no processo saúde-doença dessa comunidade, para tornar-se uma estratégia eficiente na melhoria (ANTONIO, Gisele Damian et al, 2013).

É nesse cenário que ganha espaço a proposta da Educação em Saúde:

A educação em saúde é o campo de prática e conhecimento do setor saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar e fazer cotidiano da população.

Tem suas origens norteadoras no método da Educação Popular sistematizado por Paulo Freire, que oferece um espaço de debate numa prática educativa transformadora da relação entre intelectuais e classes populares (ZEA-BUSTAMANTE, Luis Emilio, 2019).

Ao final do século XIX e início do século XX, aparecem novas correntes filosóficas ligadas a projetos educativos voltados ao proletariado, com esforços pedagógicos autônomos ligados a movimentos sociais reformadores, politizando as relações sociais e inscrevendo-as em um movimento político, cultural e pedagógico mais amplo. Assim, a educação popular passa a implicar relações democráticas, indo além da distribuição de conhecimento, inserindo-se no processo de produção, reprodução, circulação e consumo deste saber, constituindo um campo de conhecimentos, saberes e práticas, permeado pela escuta, pelo diálogo e pela ação (Lima, Luanda de Oliveira et al., 2020).

A partir dos anos 70, com a participação de profissionais de saúde no movimento Educação Popular houve uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde, enfatizando não o processo de transmissão de conhecimento, mas os espaços de interação cultural e negociação entre os diversos atores envolvidos. Esse movimento tornou-se um instrumento utilizado para construção e ampliação da participação popular na reorientação das políticas públicas e gerenciamento do setor saúde, permitindo um aprendizado que respeite a autonomia e valorize a criatividade dos educandos (ZEA-BUSTAMANTE, Luis Emilio, 2019).

Grande parte das experiências de Educação Popular em Saúde, atualmente, estão voltadas para a superação do fosso cultural existente entre os serviços de saúde, o saber médico e entidades representativas dos movimentos sociais, de um lado, e, de outro, a dinâmica de adoecimento e de cura no mundo popular (RAMOS, Carlos Frank Viga et al, 2020).

Tem representado um instrumento importante para a construção de uma

medicina integral, já que amplia a inter-relação entre profissionais, serviço, doentes, vizinhos e organizações locais envolvidos em problemas específicos de saúde, orientando e fortalecendo práticas, saberes e lutas (BADKE, Marcio Rossato et al, 2019).

No Brasil, a maioria das ações envolvendo plantas medicinais e/ou fitoterápicos ocorre no âmbito das secretarias estaduais e municipais de saúde em programas que envolvem o cultivo das espécies medicinais, manipulação de fitoterápicos e sua dispensação, conforme prescrições médicas das unidades de saúde, do Programa de Saúde da Família (PSF) e das unidades hospitalares (BRASIL, 2006b).

Existem programas municipais onde são realizados trabalhos de educação em saúde em escolas, postos de saúde e centros comunitários que compreendem a elaboração e distribuição de material informativo (folder, cartilhas e álbuns seriados) que descrevem a utilização adequada das plantas medicinais, visando o uso racional da fitoterapia na atenção básica de saúde (BRASIL, 2006b).

Um exemplo desses programas é o Projeto Farmácias Vivas, que promove a assistência farmacêutica às comunidades, com ênfase aos cuidados primários de saúde, como forma de devolver a ciência das plantas medicinais para a sociedade, levando-lhe o ensinamento do seu uso adequado (BRASIL, 2012). Foi um intenso trabalho de pesquisa etnobotânica, etnofarmacológica, taxonômica, bibliográfica e experimental (ensaios químicos e toxicológicos), sendo selecionadas centenas de espécies vegetais medicinais, reconhecendo seu potencial de eficácia terapêutica e segurança de uso. O projeto tornou-se referência para o Nordeste brasileiro e para todo o país (BRASIL, 2012). Teve suas origens nos relatos e experiências populares do uso de plantas medicinais.

O saber popular é considerado Patrimônio Cultural Imaterial, pois se constitui por práticas, representações, expressões e fazeres reconhecidos como parte de uma herança cultural, bem como os objetos, instrumentos e espaços culturais que lhe são associados (PASA, Maria Corette, 2020).

Para BADKE, Marcio Rossato et al (2019), o estudo sobre a medicina popular têm recebido destaque devido à quantidade de informações e esclarecimentos que vem oferecendo à Ciência, fazendo com que o uso de medicamentos vegetais sejam retomados de forma sistemática e crescente na profilaxia e tratamento de doenças, aliado à terapêutica convencional. Além de que o profissional da saúde pode melhorar o atendimento ao se inserir nas realidades locais com o objetivo de estabelecer uma aliança terapêutica com os sujeitos e coletivos sociais que diminua as distâncias entre os saberes acadêmicos e populares.

Araújo et al. (2012) ressaltam a importância dos profissionais de saúde conhecerem as práticas usadas pela população em seus cuidados cotidianos, visando o fortalecimento do vínculo entre usuários e equipe, colaborando com a

melhoria da saúde da população.

ZEA-BUSTAMANTE, Luis Emilio (2019) aponta a necessidade, nos sistemas de saúde, de formas mais participativas de relação com a população, que rompam com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde dominante, que ao invés de questionar a organização do sistema, reforça as estruturas geradoras de doenças na forma como estão postas, fazendo-se necessárias práticas de saúde mais integradas à lógica de vida da população. Esse autor enfatiza que o diálogo entre o a educação em saúde e educação popular é necessário, pois permite a dinamização das trocas de conhecimento e assim soluções vão sendo delineadas. Além de que as ações no campo da saúde devem ser preenchidas com conteúdo e sentido pedagógico, bem como essa troca traz uma reflexão crítica à população para o aperfeiçoamento das estratégias de luta por melhorias em suas realidades de vida e de saúde.

A educação popular em saúde, constitui-se numa estratégia de humanização do SUS e de adequação de suas práticas e técnicas à realidade da população, como uma tentativa de enfrentar e superar as raízes políticas, culturais e econômicas do sofrimento humano. Dessa forma, a educação em saúde foi concebida como uma “prática social intencionalmente destinada a fortalecer as percepções e significados que indivíduos e comunidades fazem sobre a saúde, a fim de favorecer os processos de tomada de decisão em saúde, a qualidade de vida e o desenvolvimento humano ” (ZEA-BUSTAMANTE, Luis Emilio, 2019).

4 | CONCLUSÃO

Infelizmente, é notória a incapacidade dos atuais sistemas médicos em melhorar eficazmente a qualidade de saúde da população. Faz-se necessário um real entendimento da forma como as pessoas interagem com os fatores históricos, econômicos, sociais, culturais e não apenas biológicos causadores e agravantes de seus processos de adoecimento, o que nos leva a repensar o modelo vigente de educação em saúde e nossas práticas enquanto profissionais, buscando o encontro com uma medicina que nos aproxime de nossos pacientes, razão maior de nosso ser e fazer.

A fitoterapia é um importante recurso terapêutico que faz parte das práticas populares tradicionais de cuidado com a saúde e vem representando um importante elo entre o fazer médico e a população, uma vez que respalda cientificamente um conhecimento que está inserido na cotidianidade das relações sócio familiares, integrando esses saberes e dando-lhes legitimidade, sendo importante na representatividade dos anseios por uma saúde integral e na perpetuação desse recurso enquanto tradição entre as diferentes gerações.

REFERÊNCIAS

ANTONIO, Gisele Damian et al. **Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária.** Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), *Ago 2013, Volume 17 N° 46 Páginas 615 – 633*

ARAÚJO, K.R.M. et al. **Plantas medicinais no tratamento de doenças respiratórias na infância: uma visão do saber popular.** *Rev. Rene.* v. 13, n. 3, p. 659-666, 2012.

BADKE, Marcio Rossato et al. **Significados da utilização de plantas medicinais nas práticas de autoatenção à saúde.** *Rev. esc. enferm. USP, São Paulo* , v. 53, e03526, 019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 156 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 31).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 148 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 60p.

CARDONA, M.G., CORDEIRO, R.M., BRASILINO, J. **Observação no cotidiano: um modo de fazer pesquisa em psicologia social.** In: SPINK, M.J.P. et al. (Org.). *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas.* Rio de Janeiro: Centro Edelstein, 2014. p. 123-148

LIMA, Luanda de Oliveira et al. **Perspectivas da Educação Popular em Saúde e de seu Grupo Temático na Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).** *Ciência & Saúde Coletiva [online].* v. 25, n. 7, 2020.

PASA, Maria Corette. **Saber local e medicina popular: a etnobotânica em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.** *Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. Ciênc. hum.,* Belém , v. 6, n. 1, p. 179-196, Apr. 2011 .

RAMOS, Carlos Frank Viga et al. **Educational actions: an action research with Family Health Strategy professionals and users.** *Rev. Bras. Enferm.,* Brasília , v. 73, n. 5, e20180969, 2020 .

ZEA-BUSTAMANTE, Luis Emilio. **La educación para la salud y la educación popular, una relación posible y necesaria.** *Rev. Fac. Nac. Salud Pública, Medellín* , v. 37, n. 2, p. 61-66, Aug. 2019.

CAPÍTULO 9

PERSCRUTANDO UMA FAMÍLIA QUE VIVENCIA SOFRIMENTO MENTAL: CONTRIBUIÇÕES DO GENOGRAMA E ECOMAPA NA ATENÇÃO BÁSICA

Data de aceite: 01/09/2020

Monnyck Freire Santos Lima

<http://lattes.cnpq.br/6561177453045051>

Helca Franciulli Teixeira Reis

<http://lattes.cnpq.br/9060500283676220>

Edirlei Machado dos Santos

<http://lattes.cnpq.br/4864278282816390>

RESUMO: A família historicamente foi excluída do tratamento dispensado às Pessoas em Sofrimento Mental, cujo foco baseava-se no modelo hospitalocêntrico e excludente. Este estudo teve como objetivo identificar as percepções da família que vivencia o sofrimento mental sobre os cuidados produzidos pela Atenção Básica. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória e descritiva, realizada na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família em um município baiano. Participou da pesquisa uma família que cuida e convive de um membro em sofrimento mental. A coleta de dados foi realizada através da utilização de instrumentos já validados para pesquisar famílias, a saber: Genograma e Ecomapa. Os dados coletados foram analisados por meio da técnica de Análise descritiva-interpretativa. Esta pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal da Bahia, sendo aprovado mediante o número do parecer 1.634.162. Foi identificado através da pesquisa que a atenção básica não é vista como suporte para esta família, que possui como sua

principal fonte de apoio o hospital psiquiátrico, situação que vem de encontro aos preceitos estabelecidos a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, quando se instituiu a Rede de Atenção Psicossocial. Os resultados deste estudo podem subsidiar os profissionais de saúde no desenvolvimento de estratégias, através da utilização dos instrumentos, que busquem acolher e intervir junto aos familiares de forma a reconhecer na atenção básica suporte para o tratamento.

PALAVRA-CHAVE: Atenção básica, família, saúde mental.

PERSCRUTING A FAMILY THAT LIVES MENTAL SUFFERING: CONTRIBUTIONS OF GENOGRAMA AND ECOMAPA IN BASIC ATTENTION

ABSTRACT: The family was historically excluded from the treatment of Persons in Mental Illness, whose focus was on the hospital-centered and exclusionary model. This study aimed to identify the perceptions of the family that experiences the mental suffering about the care produced by Primary Care. This is a qualitative research, exploratory and descriptive, carried out in the area of coverage of a Family Health Unit in the city of Southwest of Bahia. A family caring and living with a member suffering from mental illness participated in the research. Data collection was performed through the use of validated instruments to research families, namely: Genogram and Ecomapa. The data collected were analyzed using the descriptive-interpretive analysis technique. This research was submitted to the evaluation of the Research

Ethics Committee of the Federal University of Bahia, being approved by the number of opinion 1,634,162. It was identified through the research that basic care is not seen as support for this family, has as its main source of support the psychiatric hospital, a situation that meets the precepts established after the Brazilian Psychiatric Reform, when the Network of Psychosocial Attention. The results of this study can support health professionals in the development of strategies, through the use of the instruments, that seek to receive and intervene with family members in order to recognize in the basic care support for treatment.

KEYWORDS: Basic care, family, mental health.

1 | INTRODUÇÃO: EM BUSCA DE UM TESOURO

A atenção às pessoas com sofrimento mental (PSM), por algum tempo foi pautada na hospitalização, tendo o asilamento, cujo modelo de atenção restringia-se à internação e medicalização dos sintomas apresentados (COLVERO, IDE, ROLIM; 2004), como a única forma de tratamento facilitando a exclusão das PSM, antes compreendidas apenas sob a ótica da doença psíquica, ou seja, como doentes mentais.

Desde a década de 1970, a Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta a amplitude da problemática em saúde mental, preconizando a descentralização dos serviços, a integração de serviços psiquiátricos à Atenção Básica (AB) e o aumento da participação comunitária (GRYSCHK, PINTO; 2015), partindo do pressuposto que a AB é a “porta de entrada” aos serviços de saúde e que há possibilidade de acompanhamento do tratamento e apoio aos familiares neste nível de atenção sem a necessidade de encaminhamento ao nível especializado.

A AB orienta-se, dentre outros, pelos princípios da universalidade, acessibilidade, do vínculo, da integralidade da atenção, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012). Sendo assim, as ações ocorrem em um território adstrito à Unidade Básica de Saúde (UBS) com o intuito de aproximar a comunidade à equipe de saúde da família (EqSF), o que favorece ao tratamento da PSM, já que temos a possibilidade de conhecer suas percepções sociais.

Uma das mudanças proporcionadas pela reestruturação da assistência psiquiátrica foi a de estimular a família a participar do cuidado junto aos serviços de saúde. Com tais transformações, os serviços de saúde mental passaram a formar parcerias de cuidado, fazendo com que as famílias assumissem um papel importante e ativo no tratamento, de maneira a estabelecer uma rede de relações entre família, usuário, serviço de saúde e sociedade (DUARTE, KANTORSKI; 2011).

A família, historicamente foi excluída do tratamento dispensado às PSM, que era baseado no modelo curativista, com a desinstitucionalização, o cuidado direcionado a estas pessoas passou a ser de responsabilidade de seus familiares,

no entanto, os mesmos não foram preparados para compreender e lidar com seu familiar que vivia anteriormente institucionalizado (BORBA, et al, 2011).

Outrossim, o cuidado de uma PSM difere dos cuidados àqueles que possuem uma outra patologia crônica, devido aos estigmas e preconceitos envolvidos ao sofrimento mental, que muitas vezes, acometem os próprios cuidadores que se veem marginalizados, sobrecarregados e inseguros quanto aos cuidados que devem ser prestados(CAVALHERI, 2010).

Cuidar da PSM representa para a família um desafio, envolve sentimentos intrínsecos à vivência de um acontecimento imprevisto e seus próprios preconceitos em relação à doença. Isso implica em perceber o ser humano como ser de possibilidades, capacidades e potencialidades, independente das limitações ocasionadas pelo transtorno mental (BORBA, et al, 2011).

Diante da complexidade do cuidado às PSM torna-se imprescindível a ampliação da rede comunitária de Saúde Mental (SM) e de programas de reabilitação que sejam capazes de oferecer suporte às famílias, proporcionando acolhimento às dificuldades para que de fato a família seja um facilitador importante no processo de reorganização da assistência psiquiátrica em curso no país (BORBA, et al, 2011).

Com esta compreensão, elaboraram-se como questões de pesquisa: Como as famílias que vivenciam o sofrimento mental percebem a assistência oferecida pela equipe de saúde da família? Ao perscrutar famílias, quais as contribuições do genograma e ecomapa para os cuidados produzidos pela Atenção Básica?

Destarte, elencamos como objetivos da pesquisa, identificar as percepções da família que vivencia o sofrimento mental sobre os cuidados produzidos pela AB; aplicar o Genograma e Ecomapa, a fim de caracterizar a família com vistas aos aspectos relacionados à sua constituição, relações, valores, vínculos e subjetividades; identificar as contribuições do Genograma e Ecomapa para os cuidados produzidos pela AB.

2 I PERCURSO METODOLÓGICO: O MAPA DO TESOURO

Trata-se de uma pesquisa desenvolvida a partir da abordagem qualitativa de natureza exploratória e descritiva. Realizada na área de abrangência de uma UBS do município do Sudoeste da Bahia.

Participou da pesquisa uma família que cuida e convive de um membro em sofrimento mental. De tal modo, a amostra foi do tipo não probabilística intencional, já que os pesquisadores se interessam pela opinião/intenção/ação de determinados elementos populacionais, mas não representativos dela (GIL, 2010); neste caso, na opinião da família da PSM acerca do objeto em estudo.

A coleta de dados foi realizada por meio de instrumentos já validados

para pesquisar famílias, a saber: o Genograma e o Ecomapa. Para aplicação de tais instrumentos foram necessários três encontros, com os membros da família pesquisada, com duração de aproximadamente duas horas cada encontro e, ao término deste, era marcada nova entrevista, conforme disponibilidade da família. Os encontros aconteceram de maneira acolhedora e descontraída, de maneira a nos oportunizar o aprofundamento dos vínculos entre pesquisadores e participantes, com o propósito de conhecer o universo da família que vivencia o sofrimento mental de um de seus membros.-

Tais instrumentos de avaliação familiar representaram um elemento facilitador para a compreensão da família, de sua constituição, relações, valores, vínculos, subjetividades, condições de vida, cultura, entre outros.

O **Genograma** foi utilizado por ser considerado um diagrama do grupo familiar (WRIGHT, LEAHEY; 2008), desenvolvido pela disposição organizada de elementos gráficos, quadrados, círculos, triângulos e traços de ligação. Proporciona a visualização das gerações familiares de forma organizada e padronizada por simbologia universal, que possibilita uma praticidade em entender a disposição da família e as informações essenciais para vislumbrar aspectos potencialmente delicados (SILVA, et al, 2012).

É uma prática comum incluir ao menos três gerações no genograma (SILVA, et al, 2012). Promove informações úteis para o investigador-cuidador de família referente à idade, nível de escolaridade, ocupação, saúde, casamento, divórcio, separação e morte (WRIGHT, LEAHEY; 2008). Os membros da família são colocados em séries horizontais que significam linhagens de gerações, as uniões entre casais são representadas por linhas horizontais com o homem disposto à esquerda da mulher, ao passo em que os filhos surgem em linhas verticais, dispostos da esquerda para a direita de acordo com a ordem cronológica de nascimento; o sexo masculino é representado pelo quadrado, o feminino pelo círculo (SILVA, et al, 2012).

Deve ser destacada em cada genograma uma pessoa índice, que no caso dessa pesquisa foi o membro com sofrimento mental, o que se faz por meio da sobreposição da figura geométrica sobre o indivíduo considerado referência no contexto da família, o nome e a idade da pessoa devem ser anotados do lado de dentro do quadrado ou círculo. Se um membro da família morreu, o ano de sua morte é indicado em cima do quadrado ou círculo (WRIGHT, LEAHEY; 2008).

Já o **Ecomapa**, é a representação gráfica dos vínculos que cada integrante da família possui com os outros membros internos e com grupos ou instituições externas a família (SILVA, et al, 2012). Como no genograma, o valor primário do ecomapa é o impacto visual, que desloca a ênfase do genograma histórico para o atual funcionamento familiar e seu contexto ambiental. Seu objetivo está em representar os relacionamentos dos membros da família com os sistemas mais

amplos (WRIGHT, LEAHEY; 2008).

Na sua construção, a família é apresentada ao centro (MUSQUIM, et al, 2013) e os círculos externos representam pessoas, órgãos ou instituições no contexto familiar. São desenhadas linhas entre a família e os círculos externos para indicar a natureza dos vínculos afetivos existentes (WRIGHT, LEAHEY; 2008). Esta intensidade que é avaliada pelo estilo de linha que mede os vínculos segue o modelo proposto pela Psicofigura de Mitchell, que será apresentada posteriormente (SILVA, et al, 2012).

Nesta pesquisa utilizamos a análise descritiva-interpretativa das informações coletadas por meio das entrevistas com a família, quando da aplicação/elaboração do Genograma e Ecomapa com os membros da mesma. De tal modo, foi realizada uma correlação dos dados coletados pelos instrumentos de pesquisa com autores que tratam da temática em questão.

Esta pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Bahia, sendo aprovada mediante o parecer n. 1.634.162.

3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO: O ENCONTRO DAS PEDRAS PRECIOSAS

Apresentaremos neste momento a interpretação dos instrumentos Genograma e Ecomapa, à luz da literatura científica acerca da temática em estudo, os quais nos levou à compreensão da estrutura interna da família, bem como suas relações com as estruturas externas ao núcleo familiar. Destacamos que cada participante foi identificado por codinome referente à pedras preciosas, a fim de preservação da identidade dos mesmos, a saber: *Opala, Ônix, Safira, Granada, Esmeralda, Diamante, Pérola, Rubi, Citrino, Turquesa, Topázio, Água, Ametista, Jasper, Jade*.

Ressaltamos que, para a construção dos instrumentos em questão, fez-se necessário o estabelecimento do vínculo com a família, a fim de proporcionar uma relação de confiança e cooperação, pois tanto pesquisadores, como os membros da família participaram ativamente deste processo.

Foram realizados três encontros com a família. Na primeira visita nos dedicamos ao conhecimento da história familiar, relacionada ao processo saúde-doença de seus membros, bem como a identificação da estrutura familiar, na intenção de elaboração do Genograma daquela família. Deste modo, apresentamos a composição (membros) desta: Genitora *Safira*; filho mais velho *Citrino*; filha do meio *Ágata*, com sofrimento mental (Esquizofrenia); filha mais nova *Jade* e neta *Ametista*. O genitor da família *Diamante* encontra-se falecido e o filho mais velho constituiu um novo núcleo familiar, não residindo mais no mesmo domicílio de sua

*família nuclear*¹. Salientamos que a neta é filha da PSM, esta considerada pessoa índice dessa pesquisa.

Neste primeiro encontro sentimos a necessidade de um momento separado com a genitora da família, fora de sua residência, sendo utilizado na sala de reuniões da UBS de referência. Tal necessidade ocorreu por conta do respeito dos pesquisadores a algumas questões que a genitora preferia discutir/relatar sem a presença da sua filha com sofrimento mental, pois se demonstrava preocupada com as possíveis reações desta ao rememorar acontecimentos desagradáveis que ocorreram em seu passado.

Apresentamos a seguir, o Genograma, elaborado a partir dos dois primeiros encontros com a família e, logo após, a história de constituição desta família e suas diversas inter-relações, elucidando as vivências que possivelmente repercutiram no processo saúde-doença de seus membros, em especial da PSM.

3.1 Desvelando o Genograma

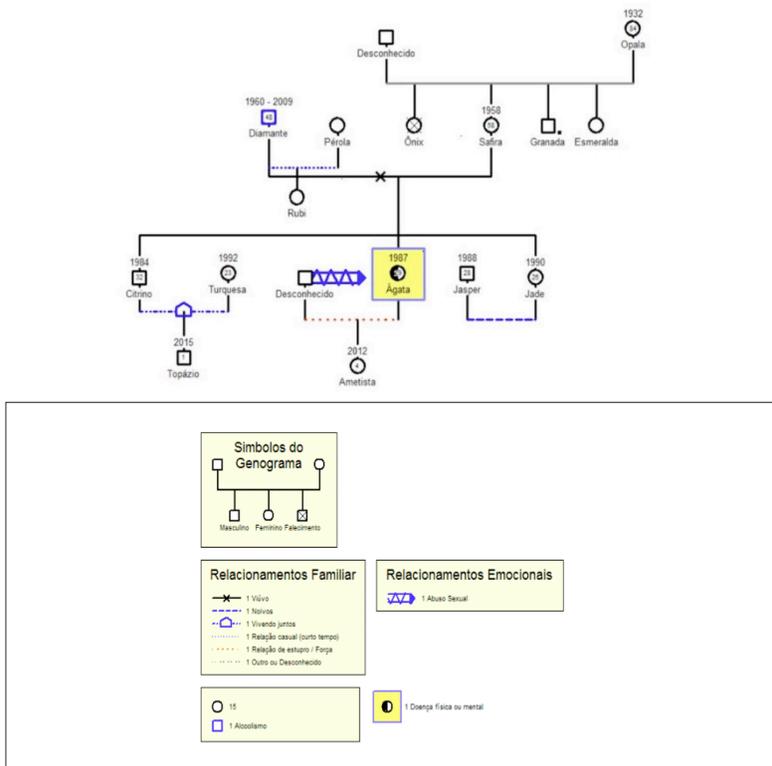


Figura 1 - Representação gráfica do Genograma, (Ferramenta Genopro).

1 A família nuclear tradicionalmente é constituída pelo trinômio pai-mãe-filhos, podendo ser ampliada com a inclusão dos parentes mais próximos ou pessoas que a família considere integrantes deste sistema¹⁸

3.2 História de família: As pedras no caminho

A família participante da pesquisa reside em casa própria, há aproximadamente 15 anos, localizada na periferia da cidade; possui sete cômodos; água filtrada; rede de esgoto; renda mensal de até três salários mínimos.

Sr. *Diamante*, etilista, tabagista, tinha por profissão serralheiro, falecido há sete anos vítima de Parada Cardiorrespiratória (PCR). Casou-se com Sra. *Safira*, ambos aos 20 anos de idade, sendo que anterior a este matrimônio, teve um relacionamento casual com *Pérola*, desta relação nasceu *Rubi*. Todavia, *Pérola*, *Rubi* e o Sr. *Diamante* não possuíam nenhum tipo de vínculo, nem tão pouco com os demais membros de sua família. A respeito da relação entre Sr. *Diamante* e a Sra. *Safira*, a mesma informou que apesar de casarem-se no início da juventude e da estreita afinidade do Sr. *Diamante* com o álcool e tabaco, tinham uma boa convivência, com conflitos moderados.

Atualmente a Sra. *Safira* tem 58 anos, encontra-se em tratamento de tabagismo e, após a perda de seu marido, foi diagnosticada com depressão, fazendo uso diário de Fluoxetina (20mg). Ela, considerada provedora da família, estudou 2º grau completo, possui por profissão Agente Comunitário de Saúde (ACS). Teve uma infância difícil, sua genitora *Opala*, com histórico de transtorno mental, tinha uma vida “desregrada” e, por relacionar-se no passado com múltiplos parceiros, não sabia precisar quem seria o pai de seus filhos, inclusive o pai de *Safira*. Identificada como a segunda, de quatro filhos (todos com pais desconhecidos) de *Opala*, foram criados por parentes (irmãos de *Opala*). Neste contexto, evidenciamos que a primeira filha, já falecida, foi criada por uma tia distante dos demais irmãos, impossibilitando o vínculo entre os mesmos; o terceiro é solteiro e sem filhos, é com ele que *Opala* vive; a sua quarta filha, possui 2 filhas, sendo que uma delas faz uso de medicações controladas (não precisou quais), residindo na zona rural do município.

Portanto, podemos considerar que *Safira* vem de uma família desestruturada, no que se refere a sua constituição, evidenciando as fragilidades de suas relações familiares maternas, bem como sentimentos de insatisfação por desconhecer o seu genitor. Também destacamos que a questão do sofrimento mental na família de *Safira* tem, possivelmente, forte interferência genética associada a fatores extrínsecos.

Do casamento com Sr. *Diamante*, *Safira* gerou três filhos. *Citrino*, o filho mais velho de 31 anos, sem comorbidades, estudou o 2º grau completo, tem profissão de vigilante, vive juntamente com *Turquesa*, há aproximadamente, dois anos e possuem o filho *Topázio*, de um ano de idade. A relação de *Citrino* com sua família de origem é conturbada, sem diálogo com as duas irmãs nem com o pai, quando era vivo; além de sempre entrar em conflito com sua genitora *Safira*. Todavia, este comportamento de *Citrino*, considerado difícil pelos outros membros de sua família, não impede a

convivência de *Topázio* e *Turquesa* no ambiente e com os membros do núcleo familiar de *Safira*.

Ágata, a filha do meio, 29 anos de idade, considerada pessoa índice, pois foi por meio dela que obtivemos o contato com o ambiente familiar por tratar-se de PSM. Todavia, ao conhecermos a sua família, identificamos que sua genitora também vivencia o sofrimento mental e tais sofrimentos repercutem na família inteira.

O adoecimento de um membro na família representa, em geral, um grande abalo. A gravidade e a longa duração dos sintomas, os fracassos sociais dos pacientes, as dificuldades de comunicação e interação, produzem frustração e desespero e são um convite para um progressivo isolamento da vida comunitária (DE SOUZA, et al, 2009).

Compreender os sentimentos dos familiares diante de eventos como a doença e o tratamento é importante para que a equipe de saúde planeje ações adequadas e oriente estas pessoas de acordo com as suas necessidades, uma vez que os sentimentos não são tão fáceis de identificar e interpretar (BARRETO, AMORIM; 2010).

Ágata foi diagnosticada com sofrimento mental aos cinco anos de idade, quando iniciou a atividade escolar. Sua genitora relatou que aos dois anos de idade percebeu um atraso no desenvolvimento da filha Ágata, ao compará-la com o filho mais velho, chegou a levá-la ao médico e este, após examiná-la, não identificou nenhuma alteração. Mas, ao iniciar as atividades escolares, novamente pairou sobre a família a dúvida com o possível distúrbio mental, sendo desta vez confirmada. A família mudou-se para o estado de São Paulo, realizando o tratamento de Ágata neste Estado, ao retornar à cidade de origem iniciou o acompanhamento na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), onde foi diagnosticada com Esquizofrenia.

Após um período de oito anos sendo acompanhada na APAE, onde participava de acompanhamento médico, psicológico e psicopedagógico e da oficina de culinária. Entretanto, devido a comportamentos de inadequação com a política da instituição, Ágata foi convidada a se retirar e foi encaminhada ao Centro Municipal de Atenção Especializada (CEMAE), onde passou a receber acompanhamento. Sua genitora que a acompanhava nas consultas, relatou que o profissional médico as atendia com falta de sensibilidade, não escutava suas queixas, realizando apenas a “troca de receitas”, conforme elucidou: “[...] a gente ia abrir a boca para falar o que ‘tava’ acontecendo, ele falou pra mim que o negócio dele era só receita e aí eu fiquei muitos anos com esse médico, só pegando remédio (...)”. *Safira* então optou por mudar de médico, mas manteve o acompanhamento no CEMAIE, pois durante o encontro sinalizou que uma de suas dificuldades é que na UBS da sua área não possui profissionais com especialização psiquiátrica ou neurológica, as quais entende que Ágata necessita, ressaltando ainda os períodos em que a UBS fica, por vezes, sem o profissional

médico.

A medicalização social é um processo sociocultural complexo que vai transformando em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores que eram administrados de outras maneiras, no próprio ambiente familiar e comunitário, e que envolviam interpretações e técnicas de cuidado autóctones. Há ainda uma redução da perspectiva terapêutica com desvalorização da abordagem do modo de vida, dos fatores subjetivos e sociais relacionados ao processo saúde-doença (TESSER, POLI NETO, CAMPOS; 2010).

Em um momento de crise, *Safira* levou a filha para o Hospital Psiquiátrico Especializado e, após este episódio optou por manter o acompanhamento de *Ágata* nesta instituição, questão que perdura até o momento atual. A genitora refere que foi encaminhada pela enfermeira da UBS em que é cadastrada para o Centro de Atenção Psicossocial II (CAPSII), mas relata que a PSM não se interessou em participar dos grupos que estavam sendo oferecidos na ocasião e que, nesta instituição só haviam pessoas idosas naquele momento e, que as atividades realizadas não lhe despertava interesse.

Jade, a filha mais nova de *Safira*, 26 anos de idade, cursou o 2º grau completo, iniciou o curso técnico em contabilidade não possibilitando o término do mesmo por não conseguir cumprir a carga horária prática, trabalha com artesanato, é noiva há, aproximadamente, seis anos. Assume as tarefas da casa, os cuidados com sua irmã *Ágata* e com a sobrinha *Ametista*, enquanto sua mãe *Safira* provê o sustento da família, relatou o desejo de casar-se, mas encontra-se impossibilitada neste momento, já que não tem quem assuma o seu papel no ambiente familiar, até que sua mãe se aposente e ela possa construir sua própria família. Esta mesma questão, é considerada por *Jade* um fator dificultador para que ela se insira no mercado de trabalho ou consiga dedicar-se a outros estudos.

Neste cenário identificamos a alteração de papéis dos membros familiares, bem como a sobrecarga de atividades em um ou dois membros (Genitora e Filha mais nova) e a falta de sensibilização/mobilização da família para que a PSM desenvolva o autocuidado.

Segundo Melman (2008), nos últimos anos, o conceito de sobrecarga familiar foi desenvolvido para definir os encargos econômicos, físicos e emocionais a que os familiares estão submetidos e o quanto a convivência com um paciente representa em peso material, subjetivo, organizativo e social. Dessa maneira, como principal provedora de cuidado, a família é muito exigida e não é incomum que mais de um ente se envolva nessa atividade (PEREIRA, et al, 2009) que obriga os cuidadores a refazerem os seus planos de vida e a redefinir integralmente os seus objetivos (SANTIN, KLAFKE; 2011).

Evidenciamos que *Ágata* vê em sua irmã *Jade*, um modelo a ser seguido. Há

seis anos quando *Jade* começou a namorar, *Ágata* sentiu a necessidade de ter um relacionamento semelhante, por isso saiu de casa (Fugiu?), ficando fora por cerca de oito dias. Ao retornar, acompanhada de um rapaz, suposto namorado, contou uma história desconexa alegando ter sofrido violência sexual na rua e que este rapaz a acolheu e a levou para a casa dele, onde os seus familiares entraram em contato com *Safira* para ir ao encontro de sua filha *Ágata*, informando o ocorrido.

Para *Ágata* voltar para casa, *Safira* teve que trazer esse rapaz com ela, o qual permaneceu alguns dias em sua casa relacionando-se afetivamente com *Ágata*, mas esta relação não se consolidou, pois este rapaz fazia uso de drogas e a genitora não permitiu mais tal relacionamento. Após algum tempo, *Ágata* apresentou sintomas de uma provável gravidez, identificada por uma vizinha muito próxima a família, a gestação foi confirmada, mas *Ágata* não permitiu a realização do pré-natal. Por isso, *Ágata* foi encaminhada para realização de parto cesáreo, por meio do qual nasceu sua filha *Ametista*, que fica sob os cuidados diários de sua irmã *Jade*. Ressalta-se que até o momento a família não sabe precisar se *Ametista* é fruto de uma possível violência sexual sofrida por *Ágata*, ou da relação desta com o rapaz citado anteriormente. *Ágata* também evidencia durante nossos encontros que não gosta de ser mãe, não desejou ser mãe e que, por isso, não reconhece *Ametista* como sua filha e não se dedica a cuidar da mesma.

Este contexto, demonstra o quanto o núcleo familiar encontra-se fragilizado, marcado por vivências de luto, alterações de papéis, conflitos intrafamiliares, violência, dificuldades financeiras e sociais. Questões que foram possíveis identificar por meio da experiência da aplicação do Genograma no ambiente familiar, reforçando portanto, a necessidade de sua utilização para produção de cuidados em SM na AB.

Logo, tal instrumento permite que os profissionais explorem aspectos emocionais e comportamentais em um contexto de várias gerações, auxiliem os membros da família a identificar aspectos comuns e únicos de cada um deles, além de observar e analisar barreiras e padrões de comunicação entre as pessoas, bem como discutir e evidenciar opções de mudanças na família, prevenindo ainda o isolamento de um membro desta, independentemente da estrutura familiar (NASCIMENTO, ROCHA, HAYES; 2005).

No terceiro encontro aplicamos o Ecomapa, que pode ser associado a utilização do Genograma, por fornecer uma visão ampliada da família, desenhando a estrutura de sustentação e retratando a ligação entre a família e o mundo que a cerca (MELLO, et al, 2005).

O Ecomapa, assim como o Genograma, foi construído com a participação ativa do núcleo familiar e, para fins didáticos e para mobilizar a participação de todos os membros da família, inclusive *Ágata*, PSM, que desconhece a leitura e a escrita, utilizamos imagens que corresponderam aos serviços ou instituições, bem como de

representações de pessoas que se configurariam nos vínculos existentes daquela família.

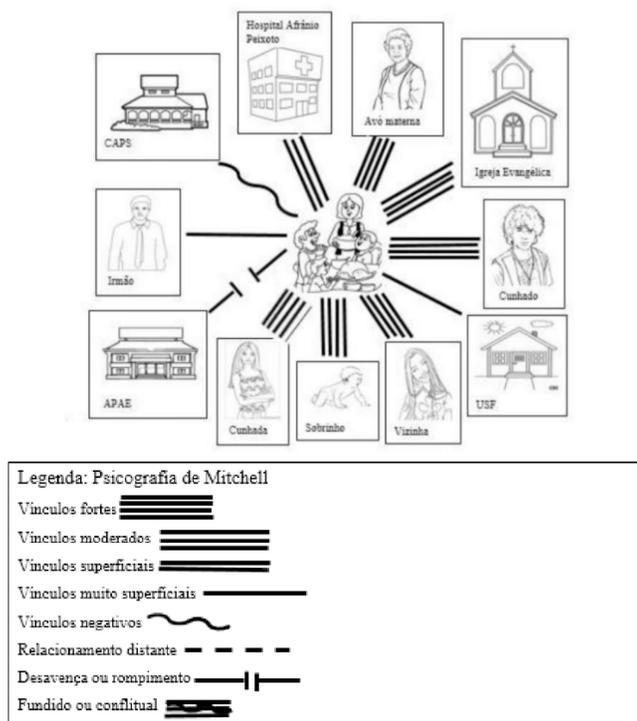


Figura 2 - Representação gráfica do ecomapa, baseado em SILVA et al, 2012.

3.3 Relações de família: pedras preciosas

Percebemos durante a convivência com a família, que a mesma se encontra desacreditada quanto a política existente que norteia os cuidados em SM. Apesar das buscas constantes para o acompanhamento de sua filha Ágata, *Safira* se habituou ao modelo biomédico, medicalizante e hospitalocêntrico que está sendo ofertado a PSM.

O Hospital Psiquiátrico é tido pela família como serviço de apoio, demonstrando vínculos fortes com o mesmo, já que é neste serviço que a família identifica resolutividade às necessidades de sua filha Ágata; por estar presente as especialidades médicas que ela julga serem necessárias, psiquiatria e neurologia. Entretanto, a genitora revela em um de nossos encontros a insatisfação com o horário de funcionamento deste serviço, conforme descrevemos na fala: “[...] se tiver a crise leva no horário de funcionamento, a noite não atende você tá entendendo? Final de semana não atende, fazer o quê? [...]”.

Embora tenhamos discutido a configuração atual da rede de assistência à SM

e suas possibilidades, *Safira* resiste a iniciar o acompanhamento no CAPS, onde já foi encaminhada pela enfermeira da UBS de referência, justificando que Ágata não gostou do serviço, pois referia fazer parte daquela instituição apenas indivíduos com faixa etária superior a sua, optando em consenso com sua genitora e cuidadora, a não retornar ao serviço, mantendo vínculos negativos com o mesmo, ainda que, reconhece neste serviço a possibilidade de retomar as oficinas de que Ágata diz sentir falta no período em que esteve acompanhada pela APAE.

Mantém uma relação de rompimento com a APAE, no entanto demonstra o desejo de voltar a frequentar a instituição, de acordo observamos em seu discurso: “[...] Eu queria voltar estudar na minha escola, sinto falta dos meus amigos, falta da minha professora, de fazer bolo, fazer torta. Eu vi a diretora com o filho dela João² lá, ela tá bem bonita não foi mainha Maria³, que me expulsou de lá [...]”.

Percebe-se que, o cuidado em SM deve ser constituído por várias esferas que compõem o processo de cuidado em liberdade, e as equipes de trabalho da rede têm a possibilidade de contar com suporte e apoio de recursos territoriais, os quais estão convocados a potencializar os esforços de cuidado e a reabilitação psicossocial (WETZEL, et al, 2014); buscando sustentar-se sobre dispositivos de atenção comunitária, territoriais, focalizados na PSM e sua família (LUCHESE, et al, 2009).

Evidencia-se, no entanto, o vínculo muito superficial da família de Ágata com a UBS, embora tenha entre seus membros uma profissional que faz parte desta EqSF, não há o acompanhamento desta PSM, apenas “troca de receitas” eventuais, quando há impossibilidade em retornar ao Hospital Psiquiátrico.

O cuidado/tratamento que é ofertado a Ágata na UBS apenas acontece em situações que não remetem à sua saúde mental, onde comumente é atendida por afecções respiratórias e, ainda assim, listam uma série de entraves que ocorrem nesse nível de assistência, a saber: os períodos em que a unidade fica sem o médico é longo; a sobrecarga de trabalho da equipe na UBS; a demora em conseguir uma consulta na especialidade psiquiátrica, bem como a demora para realização dos exames; todas essas questões acabam por conduzir a família a buscar outro serviço que possa atendê-la de maneira imediatista ou ambulatorial, com consulta previamente marcada, principalmente no que tange aos cuidados ao membro com sofrimento mental.

Desta forma, é considerado um desafio fundamental a inclusão da AB em nossa rede de cuidados, ela representa o espaço mais próximo do usuário no âmbito do território. Cumpre assegurar o direito de todo cidadão sem excluir, a PSM ao acolhimento, ao vínculo e à responsabilização do cuidado compartilhado com sua equipe da AB (LOBOSQUE, 2011).

² Nome fictício

³ Nome fictício

A família possui vínculos fortes com a Igreja Evangélica em que frequenta, e encontra na espiritualidade forças para encarar as dificuldades diárias, o que fica explícito no discurso: “[...] a missionária olhou pra mim e falou assim: A cura de tua filha tá em frente a tua casa! [...], eu olhei para um lado e para o outro e falei: só tem a igreja na frente! Aí nós fomos! E, até então, ela tava tomando 13 comprimidos ao dia, 13! E hoje, Graças à Deus, ela toma 3! [...]”.

Tal relato está em consonância com as pesquisas na área, que demonstram a associação entre espiritualidade/religiosidade e o reestabelecimento da saúde, percebe-se que as crenças e práticas religiosas e espirituais podem ser uma das influências mais potentes na vida, e seus efeitos podem incluir uma profunda mudança na experiência subjetiva e no comportamento social dos indivíduos (ALVES, ASSIS; 2015).

Quanto as experiências interpessoais, a família mantém vínculos fortes com a vizinha, com o cunhado e cunhada, sobrinho e avó da PSM. Embora, esta última não seja tão frequente, por estar aos cuidados de *Granada* e, *Safira* revela que a sobrecarga diária a impede de realizar o acompanhamento e a prestação de cuidados à sua mãe; mantém vínculos superficial e, por vezes conflituosos com o irmão da PSM, *Granada*, levando à interrupção da comunicação entre eles e quando esta ocorre é marcada por ofensas e agressividade.

Apesar de todas as pedras encontradas no caminho percorrido por Ágata e sua família, evidenciou-se que a rede de sustentação existente na relação intrafamiliar encontra-se na cumplicidade e companheirismo existente em seus-membros. Na família os vínculos são potencializados, constituindo-se espaço de socialização e de proteção, uma unidade primária de cuidado, que denota segurança, espaço de interação, de troca de informações e da identificação de dificuldades (BORBA, et al, 2011).

4 I CONSIDERAÇÕES FINAIS: PEDRAS QUE SE DESVELAM EM FLORES

Os resultados encontrados permitiram compreender a relevância da utilização do Genograma e Ecomapa, instrumentos capazes de avaliar a dinâmica familiar, reconhecendo sua constituição, vínculos, subjetividades, os fatores protetivos e àqueles que apresentam risco para esta família.

Tais informações proporciona a EqSF, discernir entre as dificuldades e limitações inerentes a cada indivíduo, bem como suas potencialidades e necessidades de maneira a subsidiar a assistência oferecida. Aponta para a trajetória desta família, em três gerações, que oportuniza a identificação dos fatores genéticos, intrínsecos e extrínsecos e suas influências para seu processo saúde-doença atual.

Além disto, nos leva à reflexão da qualidade da assistência que está sendo oferecida, já que permite a identificação do serviço que é visto como suporte para esta família, através do tipo de vínculo que a mesma verbaliza possuir. Através desses, identificamos a percepção da família sobre os cuidados produzidos pela UBS.

Portanto, evidenciamos que, até o momento da finalização da pesquisa, o serviço não se encontrava apto a atender as necessidades desta família, sobretudo, sob a ótica familiar que não identificava na UBS o apoio necessário ao processo de adoecimento, embora a EqSF tenha se mostrado empenhada a produzir o cuidado em SM neste nível de assistência.

Após aplicação dos instrumentos foram discutidos com a EqSF sua funcionalidade, bem como as especificidades que são evidenciadas por meio da utilização destes e, como eles podem direcionar a assistência oferecida conforme a necessidade de cada núcleo familiar. Ao término da pesquisa, compactuamos com esta UBS que o Genograma e Ecomapa construído seria anexado ao prontuário da família, de maneira a subsidiar os cuidados oferecidos à mesma.

REFERÊNCIAS

COLVERO, L. A.; IDE, C. A. C., ROLIM, M. A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista Escola Enfermagem da USP**, v. 38, n.2, p.197-205, 2004.

GRYSHECK, G.; PINTO, A. A. M. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Vol. 20 p. 3255-3262, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

DUARTE, M. L. C; KANTORSKI, L. P. Avaliação da atenção prestada aos familiares em um centro de atenção psicossocial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n.1, p.47-52, 2011.

BORBA, L. O.; PAES, M. R.; GUIMARÃES, A. N.; LABRONICI, L. M.; MAFTUM, M. A. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**; 45(2):442-9; 2011.

CAVALHERI, S. C. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol.63 no.1 Brasília, 2010.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo, SP: Atlas, 2011.

WRIGHT, L., M.; LEAHEY, M.; **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. São Paulo: Roca, 2008.

SILVA, L. W. S., NUNES, E. C. D. A., REIS, H. F. T., LINHARES, E. F., & VALENÇA, T. D. C. V., **Família em contexto: multiversas** abordagens em investigação qualitativa. Salvador: Arcádia, 2012.

MUSQUIM, C. A.; ARAÚJO, L. F. S.; BELLATO, R.; DOLINA, J. V. Genograma e ecomapa: desenhando itinerários terapêuticos de família em condição crônica. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 656-666, 2013.

DE SOUZA, M. D.; KANTORSKI, L. P.; SCHWARTZ, E.; GALERA, S. D. F.; TEIXEIRA JÚNIOR, S. A convivência em família com o portador de transtorno psíquico. **Revista Eletronica de Enfermagem**, v. 1, n. 11, p. 124-132, 2009.

BARRETO, Thâmara Sena; AMORIM, Rita da Cruz. A família frente ao adoecer e ao tratamento de um familiar com câncer. **Rev. enferm. UERJ**, v. 18, n. 3, p. 462-467, 2010.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, n. Supl 3, p. 3615-24, 2010.

MELMAN J. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. 2a ed. São Paulo: Escrituras; 2008.

PEREIRA, A. P. S.; TEIXEIRA, G. M.; BRESSANI, C. A.; MARTINI, J. G.; & MARTINIL, J. G. O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n. 3, 2009.

SANTIN, G.; KLAFKE, T. E. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbarói**, n. 34, p. 146-160, 2011.

NASCIMENTO, L. C.; ROCHA, S. M. M.; HAYES, V. E. Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, n. 2, p. 280-6, 2005.

MELLO, D. F.; VIEIRA, C. S.; SIMPIONATO, E.; BIASOLE-ALVES, Z. M. M.; NASCIMENTO, L. C. Genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**, v. 15, n. 1, p. 78-91, 2005.

WETZEL, C.; PINHO, L. B.; OLSCHOWSKY, A.; GUEDES, A. C.; CAMATTA, M. W.; SCHNEIDER, J. F. A rede de atenção à saúde mental a partir da Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 2, p. 27-32, 2014.

LUCHESE R.; OLIVEIRA, A. G. B.; CONCIANI, M. E.; MARCON, S. R. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p.2033-2042, 2009.

LOBOSQUE, A. M. Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 4590-4602, 2011.

ALVES, D. G.; ASSIS, M. R. O desenvolvimento religioso e espiritual e a saúde mental: discutindo alguns de seus significados. **Conexões PSI**, v. 3, n. 1, p. 72-100, 2015.

CAPÍTULO 10

PRINCIPAIS TIPOS DE VIOLÊNCIA NA PARTURIÇÃO

Data de aceite: 01/09/2020

Data de submissão: 05/06/2020

Deirevânio Silva de Sousa

Centro Universitário de Juazeiro do Norte
Juazeiro no Norte – CE
<http://lattes.cnpq.br/5267114661430613>

Daniela Nunes Nobre

Centro Universitário de Juazeiro do Norte
Juazeiro no Norte – CE
<http://lattes.cnpq.br/0544614288876777>

Crystianne Samara Barbosa Araújo

Centro Universitário de Juazeiro do Norte
Juazeiro no Norte – CE
<http://lattes.cnpq.br/1960946968788256>

Dominic Nazaré Alves Araújo

Centro Universitário de Juazeiro do Norte
Juazeiro no Norte – CE
<http://lattes.cnpq.br/7825045255005462>

Thays Alves da Silva

Centro Universitário de Juazeiro do Norte
Juazeiro do Norte – CE
<http://lattes.cnpq.br/6122081470773710>

Gerliana Torres da Silva

Centro Universitário de Juazeiro do Norte
Juazeiro no Norte – CE
<http://lattes.cnpq.br/2102812432898558>

Ludmila Cavalcante Liberato

Centro Universitário de Juazeiro do Norte
Juazeiro do Norte – CE
<http://lattes.cnpq.br/4121425694540777>

Alessandra Mária de Sousa Fernandes

Centro Universitário de Juazeiro do Norte
Juazeiro do Norte – CE
<http://lattes.cnpq.br/5719464137562767>

Kelry da Silva Teixeira Aurélio

Centro Universitário de Juazeiro do Norte
Juazeiro do Norte – CE
<http://lattes.cnpq.br/3192360814491717>

Eugênio Lívio Teixeira Pinheiro

Centro Universitário São Lucas
Porto Velho - RO
<http://lattes.cnpq.br/0607985360247111>

Yarlon Wagner da Silva Teixeira

Centro Universitário São Lucas
Porto Velho - RO
<http://lattes.cnpq.br/4568487701780603>

Ivo Francisco de Sousa Neto

Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do
Norte
Juazeiro do Norte - CE
<http://lattes.cnpq.br/0511050591954887>

RESUMO: A violência obstétrica pode manifestar-se como negligência na assistência, discriminação, violência verbal, física, sexual, psicológica, de gênero. São exemplos: o tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação, o não uso de medicação analgésica quando indicada, o abuso do poder, toques dolorosos, o preconceito com certos grupos populacionais. O fato de as mulheres reconhecerem a violência obstétrica e estarem insatisfeitas com a atenção recebida mostra que

as mudanças são desejadas e esperadas. O estudo teve como objetivo identificar os principais tipos de violência ocorrida no momento da parturição. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, por meio da reunião dos artigos identificados nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde e Scientific Electronic Library Online, utilizando os descritores parto, violência e assistência. Foram incluídos os artigos disponíveis na íntegra, publicados nos idiomas português e inglês, entre os últimos 05 anos. Excluiu-se os artigos menos pertinentes a esta pesquisa. Foram encontrados 462 estudos, dos quais, selecionou-se 46 artigos para análise, destes, 13 foram escolhidos para compor o corpo da produção. Os demais foram excluídos por não tratar da violência obstétrica especificamente. É fundamental que haja conscientização e mudança na forma que os profissionais de saúde assistem as gestantes, para que assim, os seus direitos sejam assegurados, como preconiza as políticas públicas de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Parto; Violência; Assistência.

MAIN TYPES OF VIOLENCE IN PARTURITION

ABSTRACT: Obstetric violence can manifest as negligence in care, discrimination, verbal, physical, sexual, psychological, gender violence. Examples are: rude treatment, threats, reprimands, screams, humiliation, non-use of analgesic medication when indicated, abuse of power, painful touches, prejudice with certain population groups. The fact that women recognize obstetric violence and are dissatisfied with the attention received shows that changes are desired and expected. The study aimed to identify the main types of violence that occurred at the time of parturition. This is an integrative review of the literature, through the meeting of the articles identified in the Virtual Health Library and Scientific Electronic Library Online databases, using the descriptors childbirth, violence and care. We included the articles available in full, published in the Portuguese and English languages, among the last 05 years. Articles less relevant to this research were excluded. We found 462 studies, of which 46 articles were selected for analysis, of which 13 were chosen to compose the production body. The others were excluded for not dealing with obstetric violence specifically. It is essential that there is awareness and change in the way that health professionals assist pregnant women, so that their rights are guaranteed, as advocated by public health policies.

KEYWORDS: Childbirth; Violence; Assistance.

1 | INTRODUÇÃO

A violência obstétrica é caracterizada pela prática de intervenções desnecessárias no corpo da parturiente, levando-a a ser desrespeitada com a forma de atendimento que lhe é prestada através da retirada de sua autonomia, ocasionada pela perda do direito de tomar decisões acerca do próprio parto, como por exemplo, o recebimento ou não das medidas farmacológicas, o modelo do nascimento do seu filho e até mesmo o acesso a informações do processo parturitivo (SÁ et al., 2017).

A violência obstétrica vem sendo questionada e discutida ao longo dos

últimos tempos e ganhando espaço dentro dos conteúdos das redes sociais, do meio científico, das manifestações de rua e das rodas de conversa. No entanto, mesmo diante de todo esse avanço acerca desta temática, essa prática ainda encontra-se resistente em extinguir-se da assistência, revelando que ainda há muito que se conquistar (SANTOS; OLIVEIRA; SOUZAS, 2018).

Estudos mostram que a cada quatro brasileiras que deram à luz, uma foi vítima de violência obstétrica. Esses dados englobam parturientes que sofreram desrespeito, assédio físico e moral, negligência e abuso, desde o momento do pré-natal até o nascimento da criança (SANTOS; OLIVEIRA; SOUZAS, 2018). As evidências acerca deste tipo de prática crescem ascendentemente na área da obstetrícia produzindo cada vez mais experiências desagradáveis causadas pelas mãos dos profissionais dessa área (PERERA et al., 2018).

Qualquer profissional que durante o atendimento aja com negligência assistencial, discriminação social, violência física, psicológica e/ou verbal ou faça uso de tecnologias e intervenções inadequadas durante o ciclo gravídico-puerperal, estará cometendo violência obstétrica e violando os direitos da mulher. Pois, estes tipos de atitudes contribuem para o acometimento de complicações indesejáveis ao binômio mãe-filho (OLIVEIRA et al., 2019).

A vista disso há uma grande necessidade de alterar o cenário do modelo da assistência obstétrica e aderir a cuidados que incluam o processo de humanização, respeito e segurança no atendimento a gestante. No entanto, para que isso aconteça, é fundamental que os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, sejam o principal objetivo dessa mudança, pois é imprescindível que modifiquem as formas de prestar assistência a parturiente (MOURA et al., 2018).

O não reconhecimento da violência obstétrica como violação dos direitos humanos torna o enfrentamento a esta prática mais difícil e desafiador. Desta forma, ver-se a grande necessidade de ampliar os conhecimentos acerca da assistência prestada às mulheres em trabalho de parto e parto, tornando possível avaliar o processo de atenção no atendimento obstétrico (ANDRADE et al., 2016).

O objetivo deste trabalho foi identificar os principais tipos de violência ocorridas no momento da parturição.

2 | MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura com abordagem qualitativa. A revisão integrativa caracteriza-se como uma metodologia que possibilita a síntese do conhecimento e a aplicação dos seus resultados na prática através da inclusão de estudos experimentais e não-experimentais por meio de uma compreensão completa do fenômeno analisado (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A pesquisa qualitativa não se detém a análise e representatividade dos números, mas, sim, com o aprofundamento da percepção de um grupo social, de uma organização, etc. Os cientistas que utilizam a abordagem qualitativa opõem-se a ideia do modelo único de pesquisa para todas as ciências, visto que, as ciências sociais têm sua especificidade, o que presume uma metodologia própria (SILVEIRA; CORDOVA, 2009).

Para a busca pelos estudos foi utilizado o portal da Biblioteca virtual de Saúde (BVS) e a Scientific Electronic Library Online (SCIELO), com base nos descritores em ciências da saúde (DECS): parto, violência e assistência.

Foram incluídos nos estudos artigos disponíveis na íntegra, que abordasse assuntos referentes ao parto e a violência, publicados nos idiomas português e inglês, entre os últimos 05 anos. Excluiu-se do estudo os artigos que não abordavam a violência obstétrica especificamente.

Foi realizada uma primeira análise com base nos títulos dos estudos e uma segunda análise através da leitura dos resumos. Após a seleção dos estudos foi realizada a leitura na íntegra dos artigos e extraído o conteúdo que faria parte da referida produção.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio dos descritores foram encontrados 462 estudos, dos quais, após os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, obteve-se 46 artigos restantes, destes, 13 foram escolhidos para compor o corpo da produção. Os demais foram excluídos por não tratar da violência obstétrica especificamente.

AUTOR	OBJETIVO	RESULTADOS
LANSKY et al., 2019.	Analisar o perfil das gestantes que visitaram a Sentidos do Nascer, a sua percepção sobre violência no parto e nascimento e os fatores socioeconômico-demográficos e assistenciais associados ao relato de VO.	O estudo revelou a violência obstétrica em 12,6% das mulheres. O ato foi associado à menor renda, ausência de companheiro, parto em posição litotômica e a manobra de Kristeller. As ações de violência foram: intervenção não consentida, ausência de informações, violência verbal/ física; e discriminação.
MIHRET, 2019.	Avaliar a prevalência e os fatores associados à violência obstétrica entre mulheres que deram à luz no Hospital Especializado da Universidade de Gondar no noroeste da Etiópia.	As formas referidas de violência obstétrica foram: Assistência não consentida; Cuidados indignos/ desrespeitosos; Abuso físico e Cuidados não confidentes, negligentes e discriminatórios.

OLIVEIRA et al., 2019.	Analisar as experiências de trabalho de parto e parto de mulheres que sofreram violência obstétrica.	A pesquisa mostrou que as mulheres se sentiram com medo, inseguranças e assustadas, revelando que o modelo de assistência precisa ser modificado. Identificou-se que as mulheres não sabiam caracterizar a violência obstétrica e de que formas sofreram essa violência.
SILVA et al., 2019.	Analisar os saberes de puérperas sobre violência obstétrica.	Diante das falas das participantes emergiram-se três categorias, a saber: “Conhecimento de puérperas sobre violência obstétrica”; “Experiência da violência obstétrica no parto” e “Estratégias de prevenção da violência obstétrica”.
MOURA et al., 2018.	Identificar, na literatura científica nacional, a assistência de enfermagem na prevenção da violência obstétrica.	O estudo revelou a necessidade de o enfermeiro buscar em sua assistência o vínculo com a parturiente de forma a proporcionar um parto saudável, evitando assim o ato da violência obstétrica.
PERERA et al., 2018.	Investigar uma ligação potencial entre os maus-tratos a mulheres em atendimento obstétrico e sua relativa disposição de revelar formas de violência doméstica e outras formas de violência aos prestadores de serviços de saúde.	O ato de a violência obstétrica estar relacionado a sistemas de poder e opressão, que estão ligados a desigualdades de gênero, sociais, e culturais. As vítimas dessas desigualdades pareciam sofrer mais violência do que aquelas com melhores posições socioeconômicas.
RODRIGUES et al., 2018.	Analisar as práticas consideradas violentas na atenção obstétrica.	Emergiram-se as seguintes categorias: Violência obstétrica: tipologia, definições, legislação; A violência obstétrica na percepção da equipe obstétrica e A violência obstétrica na percepção das usuárias.
CARVALHO; BRITO, 2017.	Identificar as formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal.	Os relatos das puérperas retrataram as diferentes formas de violência obstétrica da qual foram vítimas através de palavras e atitudes dos profissionais de saúde que as assistiram.
OLIVEIRA; MERCES, 2017.	Conhecer a percepção das puérperas no tocante às violências obstétricas.	A percepção das puérperas em relação às violências obstétricas é restrita, fazendo necessária a educação em saúde, principalmente durante o pré-natal, e as mudanças no modelo assistencial.
SÁ et al., 2017.	Analisar as situações de violência obstétrica por profissionais de saúde durante o processo parto/nascimento sob a percepção das puérperas acerca do direito ao acesso à maternidade e a ter um acompanhante de sua livre escolha.	O descumprimento dos direitos das mulheres se dá através da anulação simbólica dos seus direitos, como por exemplo, o acesso ao serviço de saúde e o descumprimento da Lei do Acompanhante.

SENA, 2017.	Relacionar o enfrentamento da violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres, em especial, de mulheres mães.	As ações contribuíram para dar voz ativa às mulheres no enfrentamento da violência obstétrica e revelaram que as tecnologias de informações constituem significativas ferramentas de promoção da saúde da mulher e de divulgação de violências.
ANDRADE et al., 2016.	Analisar os fatores associados à violência obstétrica de acordo com as práticas não recomendadas na assistência ao parto vaginal em uma maternidade escola e de referência da Cidade do Recife.	As práticas prejudiciais mais frequentes foram: Os esforços de puxo; administração de ocitocina; uso rotineiro da posição litotômica. As variáveis que apresentaram associação significativa com a violência foram: ensino médio incompleto e ser assistido por um médico.
SANTOS; OLIVEIRA; SOUZAS, 2018.	Compreender a interseccionalidade da dupla opressão de gênero e raça que a mulher negra está sujeita; analisar como o parto, um procedimento carregado de dimensões políticas, sociais e culturais, deixam sequelas não só físicas como psicossociais.	O estudo identificou a presença da violência obstétrica como uma prática comum, o que leva a necessidade da Política de Humanização do Parto ser revisada e monitorada. Não há evidências de pesquisas que relacionem violência obstétrica com a questão racial.

Quadro 01: Disposição dos resultados dos artigos incluídos

Durante o ciclo gravídico-puerperal inúmeras mulheres são vítimas de violência obstétrica por meio de tratamentos desrespeitosos no âmbito das instituições e serviços de saúde. Essa situação é uma realidade de vários países em todo o mundo, o que o leva a tornar-se um grande problema social, pois viola os direitos dessas mulheres e coloca em risco a sua integridade física e mental (CARVALHO; BRITO, 2017).

A violência institucional, durante a assistência ao processo parturitivo, começou a ser investigada, no Brasil, devido à grande pressão dos movimentos populacionais em prol do parto humanizado (SENA, 2017). As mulheres em trabalho de parto podem ser submetidas a diversas formas de violência e tais maus tratamentos acarretam na ausência de criação de vínculo na relação profissional/paciente, ocasionada pelo medo da gestante de ser vítima de tal violência (MIHRET, 2019).

Os tipos de violência que acontecem durante o parto envolvem desde abusos verbais, como gritos e palavras desrespeitosas, até a realização de procedimentos dolorosos sem o consentimento da gestante, como falta de analgesia. A pesquisa Nascer no Brasil, inquérito nacional realizado com 23.940 puérperas, revelou haver excesso de intervenções durante o parto, indicando um modelo de assistência caracterizado por intervenções desnecessárias e por muitas vezes prejudiciais à integridade física e psicológica da mulher (LANSKY, 2019).

As parturientes são vítimas de inúmeras práticas desrespeitosas na

assistência ao parto, dentre elas: a manipulação desrespeitosa de seu corpo através da medicalização, episiotomia, amniorrexe precoce, uso de fórceps, tricotomia e manobra de Kristeller, práticas essas consideradas prejudiciais à saúde materna fetal (RODRIGUES et al., 2018).

Dentre as ações realizadas que são caracterizadas como violência obstétrica cita-se ainda exames de toque repetitivos, enema, restrição ao leito, uso de ocitocina sintética, dentre outras. Os direitos da mulher, como usuária do SUS e cidadã, são garantidos pelas políticas públicas do parto e nascimento, e fazer uso destes tipos de intervenções fere drasticamente à integridade biopsicossocial, anulando simbolicamente os seus direitos (OLIVEIRA; MERCES, 2017).

O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) tem como objetivo atender às reivindicações sociais pela melhor qualidade da assistência ao parto e nascimento. O intuito desse programa é promover uma ampla discussão acerca desse tema e viabilizar as devidas mudanças. Nesse sentido, o movimento internacional contra a utilização, irracional e danosa, de intervenções invasivas durante o parto, iniciado há cerca de 30 anos e advindo do PHPN, objetiva priorizar a qualidade da relação entre mulher/paciente e profissional de saúde. Mesmo diante disso, as parturientes ainda sofrem com o atendimento que lhes é prestado devido às inúmeras intervenções desrespeitosas (RODRIGUES et al., 2018).

Ao reconhecer a existência desse grave problema de saúde pública que afeta as gestantes, se faz necessário buscar estratégias de enfrentamento. Tais estratégias não devem se tratar apenas de palavras e ações vazias e despreziosas, mas, sim, de atitudes que impressionem o emocional dessas mulheres e viabilizem impor as devidas penalidades para aqueles que praticam a violência obstétrica. Ademais, é imprescindível que os profissionais de saúde atuem com o objetivo de garantir uma assistência digna, com qualidade e respeitosa, pois as condições difíceis no ambiente de trabalho não justificam atos de violência (CARVALHO; BRITO, 2017)..

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do cenário da prática de violência obstétrica pelos profissionais de saúde que, infelizmente, ainda é realizada, é visto que esse tipo de atitude viola drasticamente os direitos das mulheres durante o ciclo gravídico puerperal e denigre as suas integridades no âmbito biopsicossocial.

Dentre as formas de cometer violência obstétrica destacam-se, principalmente, abusos físicos e verbais, procedimentos desnecessários e dolorosos sem o consentimento da parturiente, uso de fórceps, manobra de Kristeller, toques repetitivos, enema, restrição ao leito, entre outras.

À vista disso, é fundamental que haja conscientização e mudança na forma

que os profissionais de saúde assistem as gestantes, para que assim os seus direitos sejam assegurados, como preconiza as políticas públicas de saúde. Tais mudanças devem partir em especial da enfermagem, pois é a classe que presta mais cuidados diretos à paciente.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, P.O.N. et al. **Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco.** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 16 (1): 29-37 jan. / mar., 2016.

CARVALHO, I.S.; BRITO, R.S. **Formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal.** Enfermería Global Nº 47 Julio 2017.

LANSKY, S. et al. **Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes.** Ciência & Saúde Coletiva, 24(8):2811-2823, 2019.

MIHRET, M.S. **Violência obstétrica e seus fatores associados em mulheres pós-natais em um Hospital Especializado Integral, Região de Amhara, Noroeste da Etiópia.** BMC Res Notes 12, 600, 2019.

MOURA, R.C.M. et al. **Cuidados de enfermagem na prevenção da violência obstétrica.** Enferm. Foco; 9 (4): 60-65, 2018.

OLIVEIRA, M.C.; MERCES, M.C. **Percepções sobre violências obstétricas na ótica de puérperas.** Rev enferm UFPE on line., Recife, 11(Supl. 6):2483-9, jun., 2017.

OLIVEIRA, M.S.S.; et al. **Vivências de violência obstétrica experimentadas por parturientes.** ABCS Health Sci. 2019; 44(2):114-119.

PERERA, D.; et al. **Quando ajudantes machucam: histórias de violência obstétrica de mulheres e parteiras em instituições de saúde do estado, distrito de Colombo, Sri Lanka.** BMC Pregnancy Childbirth 18, 211, 2018.

RODRIGUES, D.P. et al. **A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento.** Rev enferm UFPE on line., Recife, 12(1):236-46, jan., 2018.

SÁ, A.M.P. et al. **O direito ao acesso e acompanhamento ao parto e nascimento: a ótica das mulheres.** Rev enferm UFPE online. Recife, 11(7):2683-90, jul., 2017.

SANTOS, J.M.; OLIVEIRA, T.L. SOUZAS, R. **Parto, mulher negra e violência: corpos invisíveis? Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos.**

SENA, L.M.; **Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências.** Interface 21 (60) Jan-Mar 2017.

SILVA, F.C. et al. **O saber de puérperas sobre violência obstétrica.** Rev enferm UFPE on line; 13:e242100, 2019.

SILVEIRA, D.T.; CÓRDOVA, F.P. **A pesquisa científica**. Métodos de pesquisa / [organizado por] Tatiana Engel GERHARDT e Denise Tolfo SILVEIRA ; coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer**. Einstein; 8(1 Pt 1):102-6, 2010.

CAPÍTULO 11

TABAGISMO DURANTE A GESTAÇÃO E CONSEQUÊNCIAS PARA O FETO

Data de aceite: 01/09/2020

Data de submissão: 07/07/2020

Antônio de Almeida Neto

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
(UFMS)
Campo Grande – Mato Grosso do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-4749-1172>

Débora Cardozo Bonfim Carbone

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
(UFMS)
Campo Grande – Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/9867383882440486>

Ana Lígia Barbosa Messias

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
(Ebserh)
Campo Grande – Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/6140084253479928>

Lorena Falcão Lima

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
(Ebserh)
Campo Grande – Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/3172713552980696>

Ellen Souza Ribeiro

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
(Ebserh)
Campo Grande – Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/0538790643406168>

RESUMO: Os efeitos à saúde ocasionados pelo tabagismo são semelhantes entre homens e mulheres, porém, além de câncer, bronquite

crônica, doenças cardiovasculares, entre outros malefícios, as mulheres podem desenvolver, enquanto gestantes, complicações que podem afetar diretamente a saúde do feto. A nicotina é o componente tóxico do cigarro, caracterizada por constituir um potencial cancerígeno, e ser extremamente viciante. Além de elevar a pressão arterial e a frequência cardíaca da gestante, sua toxicidade atinge rapidamente a circulação sanguínea fetal, o que resulta em diversos problemas de saúde ao feto. Este estudo buscou verificar, por meio de evidências científicas, as consequências do tabagismo durante a gestação relacionadas ao feto. Trata-se de um estudo exploratório, por meio de uma pesquisa bibliográfica descritiva com busca em bases de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) através de acesso live pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), compreendendo o período entre 2004 e 2019. Foi possível evidenciar que o tabagismo acarreta diversos prejuízos para a gestante e também para o feto, com consequências que podem reduzir significativamente a qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Tabagismo. Gravidez. Gravidez de Alto Risco. Desenvolvimento Embrionário e Fetal.

SMOKING DURING PREGNANCY AND CONSEQUENCES FOR THE FETUS

ABSTRACT: The health effects caused by smoking are similar between men and women, however, in addition to cancer, chronic bronchitis,

cardiovascular diseases, among other harms, women can develop, while pregnant, complications that can directly affect the health of the fetus. Nicotine is the toxic component of cigarettes, characterized by being a potential carcinogen, and being extremely addictive. In addition to raising the blood pressure and heart rate of the pregnant woman, its toxicity quickly reaches the fetal blood circulation, which results in several health problems to the fetus. This study sought to verify, through scientific evidence, the consequences of smoking during pregnancy related to the fetus. This is an exploratory study, through a descriptive bibliographic search with search in databases of the Scientific Eletronic Library Online (SciELO) and Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (Lilacs) through live access through the Virtual Library Health (VHL), covering the period between 2004 and 2019. It was possible to show that smoking causes several losses for the pregnant woman and also for the fetus, with consequences that can significantly reduce the quality of life.

KEYWORDS: Tobacco Use Disorder. Pregnancy. Pregnancy High-Risk. Embryonic and Fetal Development.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) há cerca de 1,1 bilhão de fumantes no mundo, o que gera danos não apenas a saúde da população como também prejuízos ao meio ambiente, com um custo de 1,8% do Produto Interno Bruto Mundial (OMS, 2016). De acordo com o Ministério da Saúde, o tabagismo foi responsável por mais de 150 mil mortes no Brasil em 2015, com uma média de 428 óbitos por dia. As doenças atribuídas ao tabagismo geram uma perda anual de cerca de 57 bilhões de reais por ano para a economia brasileira, sendo que a comercialização do cigarro no mesmo ano gerou uma arrecadação fiscal de apenas 33% deste valor (BRASIL, 2018).

A prevalência do tabagismo segue em declínio desde o final da década de 1980, isto se deve a ações de controle, como campanhas de publicidade com imagens de repreensão e também de incentivo para busca por tratamentos que auxiliem no abandono do vício. Outros fatores como o aumento dos impostos sobre os cigarros e a implantação de leis sobre o acesso de jovens e ambiente livre também contribuíram para queda do número de fumantes no Brasil. Segundo os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), no ano de 2013 o percentual de adultos fumantes era de 14,7%, deste total 11% correspondem as mulheres (BRASIL, 2019).

Os malefícios à saúde ocasionados pelo cigarro são semelhantes entre homens e mulheres, porém além de câncer, bronquite crônica, doenças cardiovasculares, entre outros problemas, as mulheres podem desenvolver complicações gestacionais que podem afetar diretamente a saúde do feto (LOMBARDI et al., 2011). O tabagismo está relacionado a ocorrência de aborto

espontâneo e de natimortos. De acordo com Pineles et al. (2014) a quantidade de cigarros consumida pela gestante eleva significativamente os riscos de aborto.

O estudo realizado por Flenady et al. (2011) relaciona o consumo de tabaco a incidência de natimortos. Os autores relatam que a taxa pode chegar a 20%, com 2.800 ocorrências por ano. Gravidez ectópica, descolamento de placenta, parto prematuro, redução do peso no nascimento e anomalias congênitas são mais alguns dos riscos iminentes a prática do tabagismo durante a gestação (RODRIGUEZ-THOMPSON, 2015).

O tabagismo na gestação é significativamente prejudicial, tornando o feto um verdadeiro fumante ativo. As substâncias tóxicas que constituem o cigarro ultrapassam a barreira placentária podendo restringir o fluxo sanguíneo, ocasionar hipóxia e afetar diretamente seu crescimento, além de prejudicar a formação dos sistemas neurológico e cardiovascular (RCPH, 2010). A nicotina é o componente tóxico do cigarro de maior interesse pelos especialistas devido ao seu potencial cancerígeno e por ser extremamente viciante. Além de elevar a pressão arterial e a frequência cardíaca da gestante a nicotina atinge rapidamente a circulação sanguínea fetal acarretando em diversos problemas de saúde ao feto (HOLBROOK, 2016).

2 | MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem exploratória, por meio de revisão de literatura, com busca em bases de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). As bases foram acessadas por meio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) a partir dos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) com as seguintes palavras-chave: tabagismo, gravidez, gravidez de alto risco e desenvolvimento embrionário e fetal.

Foram incluídos no estudo publicações de periódicos e artigos científicos em português, publicados entre o período de 2004 e 2019 disponíveis gratuitamente. A partir dos resultados obtidos, procedeu-se a leitura e análise do material. Os critérios de exclusão foram: dissertações, artigos duplicados, e carta editorial na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A nicotina é o principal alcalóide encontrado no tabaco, é rapidamente absorvido para o meio intracelular e possui meia-vida de uma a duas horas. O acesso ao feto ocorre imediatamente por meio da placenta, podendo atingir níveis superiores ao organismo materno. A nicotina apresenta cerca de 20 metabólitos,

os quais se mostram menos ativos, porém podem permanecer por mais horas no organismo.

A alta toxicidade da nicotina pode interferir diretamente na formação de órgãos e sistemas, dentre todos os compostos constituintes do cigarro ela é considerada como principal fator teratogênico que perturba o desenvolvimento embrionário, capaz de induzir a formação de anormalidades antes e durante os estágios iniciais da organogênese. Através do estímulo a apoptose a nicotina promove a morte celular, elevando os níveis intracelulares de cálcio e a produção de espécies reativas de oxigênio, ocasionando malformações congênitas (ZHAO e REECE, 2005).

O acesso facilitado da nicotina oferece diversos riscos ao desenvolvimento do feto, pois influencia diretamente na viabilidade da placenta. A nicotina está diretamente relacionada a ocorrência de natimortos, pois promove a contração dos vasos placentários e assim reduz o fluxo sanguíneo fetal. Este alcalóide compromete o sistema imunológico e aumenta o risco de infecções, o que pode resultar na morte do feto, aumentar os riscos de nascimento prematuro e morte neonatal (BABA et al., 2014).

A nicotina acarreta em problemas no desenvolvimento dos pulmões, prejudicando o crescimento, a resistência pulmonar, reduz significativamente o volume dos pulmões, a complacência e dinâmica pulmonar. Alguns estudos realizados com modelos animais relatam que este alcaloide estimula a ramificação pulmonar, resultando em vias aéreas mais estreitas, longas e curvas, dificultando o fluxo de ar. Estes e outros malefícios ocasionados pelo tabaco estão diretamente relacionados com um maior risco de asma infantil (SPINDEL e MCEVOY, 2016).

O maior risco da ocorrência de problemas respiratórios pode estar relacionado a disfunção imunológica provocada pela nicotina. De acordo com o estudo realizado por Nouri-Shirazi e Guinet (2006) ela prejudica a maturação das células dendríticas resultando na redução da produção de interleucina 12 (IL-12), de grande importância para a prevenção e redução da severidade da asma e também para a proteção contra infecções, por meio da ativação da resposta imune mediada por linfócitos Th1 (NOURI-SHIRAZI e GUINET, 2006).

De acordo com Lavezzi et al. (2013) todas as funções vitais do feto podem ser comprometidas pela contaminação por nicotina. Esta substância pode estar associada a degeneração das células de Punkinje, essenciais na determinação de padrões de conectividade no cérebro e na coordenação das funções autônomas. Estes pesquisadores relatam que alterações nas células de Punkinje resultam na ocorrência de hipóxia crônica, um dos principais motivos de casos de morte súbita intrauterina e de síndromes de morte súbita infantil encontrados em seu estudo (LAVEZZI et al., 2013).

Diversas anormalidades neuronais estão associadas a nicotina. Por ser uma

substância lipossolúvel, é um dos principais compostos tóxicos do cigarro que pode ultrapassar a barreira hematoencefálica e prejudicar diretamente o cérebro fetal. A nicotina interfere diretamente nas funções fisiológicas da acetilcolina, por meio da ativação e dessensibilização dos receptores neuronais nicotínicos de acetilcolina (nAChRs). Estes receptores são expressos no primeiro trimestre da gestação, ativos durante as fases cruciais do desenvolvimento cerebral (DWYER et al., 2009).

Os nAChRs possuem papel vital para a sobrevivência celular, na formação de circuitos neurais e sensoriais rudimentares, por meio da geração de atividade espontânea e, na formação de sistemas de catecolaminas, pela regulação da liberação de neurotransmissores. A acetilcolina é um neurotransmissor regulador de neurônios, de grande importância para o desenvolvimento de núcleos autônomos de catecolaminas e do tronco cerebral. A desregulação destes receptores influencia diretamente prejudicando diversas funções fisiológicas (DWYER et al., 2009).

Estudos sugerem que a sensibilização dos nAChRs pode aumentar os riscos do desenvolvimento de dependência de nicotina pela prole. De acordo com alguns pesquisadores a probabilidade de dependência entre os indivíduos expostos à nicotina durante a gestação pode ser de 40%, porém, isto pode variar de acordo com o sexo do bebê (CRUME, 2019). De acordo com o estudo conduzido por Oncken et al. (2004), o sexo feminino é mais vulnerável à nicotina. Os autores revelam que o consumo de 15 cigarros ou mais e que uma exposição pré-natal elevada a glicocorticóides pode estar associado ao maior risco para o sexo feminino, porém o mecanismo fisiológico pelo qual ocorre esta diferenciação ainda não foi completamente elucidado (ONCKEN et al. (2004).

A exposição pré-natal a nicotina também vem sendo associada a problemas cognitivos e comportamentais durante a infância e a adolescência. De acordo com El Marroun et al. (2014) isto pode ser associado a problemas na morfologia do cérebro ocasionados pela nicotina, como redução das massas branca e cinzenta, afinamento local dos córtices frontal e parietal superior, occipital lateral e pré-central. Segundo estes pesquisadores as crianças que foram expostas ao tabagismo materno continuado apresentaram um volume cerebral reduzido, com os córtices frontal e pré-central mais finos, área caudal e núcleo accumbens reduzidos (EL MARROUN et al., 2014).

As alterações neurais provocadas pela nicotina podem interferir na diferenciação sexual do feto e no início da puberdade (DWYER et al., 2009). Substâncias tóxicas constituintes da fumaça do cigarro e a nicotina provocam a redução de células germinativas femininas e podem interromper a esteroidogênese ovariana. Os estudos realizados por Lutterodt et al. (2009) e Mamsen et al. (2010) relatam uma redução de células somáticas e oogônias em fetos abortados durante o primeiro trimestre de gestação de mulheres fumantes, indicando a redução de

reserva ovariana no nascimento (ERNST et al., 2012).

De acordo com Strohsnitter et al. (2008) esta alteração na reserva ovariana pode resultar na redução de folículos funcionais durante a vida reprodutiva da mulher, o que pode propiciar o início precoce da menopausa. No estudo realizado por estes autores, 80% das mulheres que tiveram contato com componentes tóxicos do cigarro iniciaram a menopausa antes daquelas que não foram expostas a estas substâncias. A redução da quantidade de células germinativas também pode estar associada a alterações nos níveis hormonais maternos, provocados pelo consumo de tabaco, interferindo diretamente na vida reprodutiva da prole (STROHSNITTER et al., 2008).

Em relação ao sexo masculino, Ravnborg et al. (2011) relatam que o tabagismo durante a gestação está relacionado a redução das funções endócrinas e exócrinas dos testículos. De acordo com os autores a maioria destes indivíduos apresenta baixos níveis dos hormônios Inibina Beta e/ou de FSH, resultando em alterações na contagem de espermatozoides e na redução da capacidade espermatogênica (RAVNBORG et al., 2011).

Além das alterações nos hormônios sexuais, as disfunções endócrinas geradas pela exposição à nicotina são associadas à obesidade. No estudo realizado por Somm et al. (2008), foi observada uma disglucemia em modelos animais expostos à nicotina durante o período pré-natal. Estes indivíduos apresentaram ganho de peso após o desmame. Os autores relatam uma disfunção na produção do hormônio glucagon, a qual é reduzida devido ao menor tamanho e quantidade de ilhotas no pâncreas destes animais, resultando na diminuição do tamanho total do órgão (SOMM et al., 2008).

Segundo Gao et al. (2005) além do ganho de gordura corporal, a nicotina pode causar danos à circulação sanguínea da criança. Ela promove o aumento do tamanho do tecido adiposo perivascular, presente em torno dos vasos sanguíneos e artérias sistêmicas, porém, reduz a capacidade do fator de relaxamento secretado por este tecido, o qual é um importante modulador da função vascular. A ação reduzida deste fator prejudica o relaxamento dos vasos, resultando no aumento da pressão arterial pós-natal (GAO et al., 2005).

Alterações na estrutura renal também podem contribuir para o aumento da pressão arterial. A restrição de nutrientes ao feto prejudica significativamente o desenvolvimento dos rins, o acesso limitado a proteínas e glicocorticóides pode reduzir a quantidade de néfrons e o peso total do órgão, aumentando o risco de lesões cardíacas por isquemia e reperfusão. A nicotina também atua sobre o sistema renina-angiotensina, comprometendo as funções renais por meio da redução do desenvolvimento de receptores renais de angiotensina, sistema este com papel crucial na regulação fisiológica (MAO et al., 2009).

A elevação da pressão arterial pode interferir na frequência cardíaca do feto, contribuindo para a ocorrência de arritmias, o que pode persistir após o nascimento. De acordo com Feng et al. (2010) este quadro pode ser resultante da ação tóxica direta da nicotina sobre o coração fetal ou, indiretamente via hipóxia. No estudo realizado por estes autores, os animais expostos à nicotina durante o período pré-natal apresentaram taquicardia e batimentos cardíacos irregulares, o que indica que a estimulação simpática e a parassimpática do músculo cardíaco são prejudicadas pela nicotina (FENG et al., 2010).

Ademais, a circulação fetal é também comprometida pela exposição ao monóxido de carbono (CO), composto altamente tóxico presente no tabaco. Este gás exerce uma alta concorrência ao oxigênio molecular (O₂), pois apresenta uma significativa afinidade com moléculas biológicas que se ligam ao O₂, como a hemoglobina, a mioglobina, o citocromo P450 e o citocromo C oxidase (COX) ou cadeia respiratória mitocondrial (CRM). A ligação do CO a hemoglobina impossibilita a entrega de O₂ às células, resultando na hipóxia tecidual (GARRABOU et al., 2014).

Segundo Carmines e Rajendran (2008) que o peso do feto e da gestante podem ser reduzidos por meio da exposição ao CO e à nicotina. De acordo com estes pesquisadores o CO é o principal fator que contribui para a redução do peso fetal, porém sua ação combinada à nicotina exerce efeito sobre o organismo materno. Venditti et al. (2011) relatam que camundongos expostos ao CO durante o período gestacional apresentaram peso e tamanho inferior quando comparados aos animais que não entraram em contato com o composto.

Garrabou et al. (2014) associam o baixo peso do recém-nascido a inibição enzimática do COX pelo CO, comprometendo significativamente a eficiência da CRM, responsável pelo processo de respiração celular e produção de energia. Além disso, a o CO aumenta a produção das espécies reativas de oxigênio (ERO), as quais são produzidas nas mitocôndrias como subprodutos da respiração. As ERO podem ocasionar lesões às células e estão envolvidas na ativação do processo de apoptose celular que atinge diretamente a estrutura da placenta, o que pode resultar em problemas para o desenvolvimento do feto e ter como consequência a redução do peso no nascimento (GARRABOU et al., 2014). Além do baixo peso, a produção excessiva das ERO está relacionada à ocorrência ao desenvolvimento inadequado do feto e a programação de doenças cardiovasculares ao longo da vida do indivíduo (RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ et al., 2018).

Os efeitos do tabagismo durante o período pré-natal também atingem a saúde da gestante. A nicotina exerce um padrão bifásico de alerta e excitação inicial, que atuam como um reforço positivo, seguido de um efeito calmante, de estresse reduzido, sobre o sistema nervoso materno. Estudos revelam que o risco de apresentar sintomas de estresse e depressão é maior para mulheres do que

para homens fumantes, entretanto, ensaios clínicos demonstram que a aplicação de uma intervenção pré-natal para interromper o tabagismo se mostra eficiente para a melhora do estado de saúde da gestante (CRUME, 2019).

4 | CONCLUSÃO

O tabagismo acarreta diversos prejuízos para a gestante e também para o feto, com consequências que podem reduzir significativamente a qualidade de vida de ambos. São necessários investimentos em programas que abordem todas as informações sobre o tabagismo na gestação e que forneçam apoio no tratamento de dependência à nicotina com um acompanhamento pós-parto, a fim de garantir a suspensão definitiva do vício. Para isto, se faz necessária a implementação de políticas públicas de apoio para o controle do tabagismo e a capacitação dos profissionais da saúde, pois são imprescindíveis para o sucesso destes programas.

REFERÊNCIAS

BABA, S.; WIKSTROM, A. K.; STEPHANSSON, O.; CNATTINGIUS, S. Influence of snuff and smoking habits in early pregnancy on risks for stillbirth and early neonatal mortality. **Nicotine Tob Res.** v. 16, p. 78–83. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Câncer - INCA.** Tabagismo: Mortalidade. 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/mortalidade-brasil>. Acesso em: 29 de maio de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Câncer - INCA.** Tabagismo: Dados e números da prevalência do tabagismo. 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-prevalencia-tabagismo>. Acesso em: 29 de maio de 2020.

CARMINES, E. L. e RAJENDRAN, N. Evidence for Carbon Monoxide as the Major Factor Contributing to Lower Fetal Weights in Rats Exposed to Cigarette Smoke. **Toxicological Sciences**, v. 102, n. 2, p. 383–391. 2008.

CRUME, T. Tobacco Use During Pregnancy. **CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY**, v. 62, n. 1. 2019.

DWYER, J. B.; MCQUOWN, S. C.; AND LESLIE, F. M. The Dynamic Effects of Nicotine on the Developing Brain. **Pharmacol Ther**, v. 122, n. 2, p. 125–139. 2009.

EL MARROUN, H.; SCHIMIDT, M. N.; FRANKEN, I. H. A.; JADDOE, V. W. V.; HOFMAN, A.; LUGT, A. V. D.; VERHULST, F. C.; TIEMEIER, H.; WHITE, T. Prenatal Tobacco Exposure and Brain Morphology: A Prospective Study in Young Children. **Neuropsychopharmacology**, v. 39, p. 792–800. 2014.

ERNST, A.; KRISTENSEN, S.L.; TOFT, G.; THULSTRUP, A.M.; HA^oKONSEN, L.B.; OLSEN, S.F.; RAMLAU-HANSEN, C.H. Maternal smoking during pregnancy and reproductive health of daughters: a follow-up study spanning two decades. **Human Reproduction**, v. 27, n.12, p. 3593–3600. 2012.

FENG, Y., CAIPING, M., LI, C., CAN, R., FEICHAO, X., LI, Z., AND ZHICE, X. Fetal and offspring arrhythmia following exposure to nicotine during pregnancy. **J. Appl. Toxicol**, v. 30, p. 53–58. 2010.

FLENADY, V.; KOOPMANS, L.; MIDDLETON, P.; FRØEN, J. F.; SMITH, G. C.; GIBBONS, K.; COORY, M.; GORDON, A.; ELLWOOD, D.; MCINTYRE, H. D.; FRETTS, R.; EZZATI, M. Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. **Lancet**, v. 377, p. 1331–40. 2011.

GAO, Y.; HOLLOWAY, A. C.; ZENG, Z.; LIM, G. E.; PETRIK, J. J.; FOSTER, W. G.; LEE, R. M. W. Prenatal Exposure to Nicotine Causes Postnatal Obesity and Altered Perivascular Adipose Tissue Function. **Obesity Research**, v. 13, n. 4. 2005.

HOLBROOK, B. D. The Effects of Nicotine on Human Fetal Development. **Birth Defects Research**, 2016.

LAVEZZI, A. M.; CORNA, M. F.; REPETTI, M. L.; MATTURRI, L. Cerebellar Purkinje cell vulnerability to prenatal nicotine exposure in sudden unexplained perinatal death. **Folia Neuropathol**, v. 51, n. 4, p. 290-301. 2013.

LOMBARDI, E. M. S.; PRADO, G. F.; SANTOS, U. P.; FERNANDES, L. A. O tabagismo e a mulher: Riscos, impactos e desafios. **J Bras Pneumol**, v. 37, n. 1, p. 118-128. 2011.

LUTTERODT, M.C.; SORENSEN, K.P.; LARSEN, K.B.; SKOUBY, S.O.; ANDERSEN, C.Y.; BYSKOV, A.G. The number of oogonia and somatic cells in the human female embryo and fetus in relation to whether or not exposed to maternal cigarette smoking. **Hum Reprod**, v. 24, p. 2558 – 2566. 2009.

MAMSEN, L.S.; LUTTERODT, M.C.; ANDERSEN, E.W.; SKOUBY, S.O.; SORENSEN, K.P.; ANDERSEN, C.Y.; BYSKOV, A.G. Cigarette smoking during early pregnancy reduces the number of embryonic germ and somatic cells. **Hum Reprod**, v. 25, p. 2755 – 2761. 2010.

MAO, C., WU, J., XIAO, D., LV, J., DING, Y., XU, Z., AND ZHANG, L. The effect of fetal and neonatal nicotine exposure on renal development of AT(1) and AT(2) receptors. **Reprod. Toxicol**, v. 27, p. 149–154. 2009.

NOURI-SHIRAZI, M.; GUINET, E. A possible mechanism linking cigarette smoke to higher incidence of respiratory infection and asthma. **Immunol Lett**, v. 103, p. 167–176. 2006

ONCKEN, C.; MCKEE, S.; KRISHNAN-SARIN, S.; O'MALLEY, S.; MAZURE, C. Gender effects of reported in utero tobacco exposure on smoking initiation, progression and nicotine dependence in adult offspring. **Nicotine & Tobacco Research**, v. 6, n. 5, p. 829–833. 2004.

PINELES, B. L.; PARK, E. e SAMET, J. M. Systematic Review and Meta-Analysis of Miscarriage and Maternal Exposure to Tobacco Smoke During Pregnancy. **American Journal of Epidemiology**, v.179, n.7, p. 807–823. 2014.

RAVNBORG, T. L.; JENSEN, T. K.; ANDERSSON, A. M.; TOPPARI, J.; SKAKKEBÆK, N. E.; JØRGENSEN, N. Prenatal and adult exposures to smoking are associated with adverse effects on reproductive hormones, semen quality, final height and body mass index. **Human Reproduction**, v. 26, n. 5 p. 1000–1011. 2011.

RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ, P.; RAMIRO-CORTIJO, D.; REYES-HERNÁNDEZ, C. G.; DE PABLO, A. L. L.; GONZÁLEZ, M. C.; ARRIBAS, S. M. Implication of Oxidative Stress in Fetal Programming of Cardiovascular Disease. *Front. Physiology*, v. 9, n. 602. 2018.

RODRIGUEZ-THOMPSON, D. Cigarette smoking and pregnancy. 2015. Disponível em: www.uptodate.com/contents/cigarette-smoking-and-pregnancy. Acesso em: 27 de Maio de 2020.

SOMM, E.; SCHWITZGEBEL, V. M.; VAUTHAY, D. M.; CAMM, E. J.; CHEN, C. Y.; GIACOBINO, J.; SIZONENKO, S. V.; AUBERT, M. L.; HÜPPI, P. Prenatal Nicotine Exposure Alters Early Pancreatic Islet and Adipose Tissue Development with Consequences on the Control of Body Weight and Glucose Metabolism Later in Life. **Endocrinology**, v. 149, n. 12, p. 6289 – 6299. 2008.

SPINDEL, E. R. e MCEVOY, C. T. The Role of Nicotine in the Effects of Maternal Smoking during Pregnancy on Lung Development and Childhood Respiratory Disease Implications for Dangers of E-Cigarettes. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 193, n. 5. 2016.

STROHSNITTER, W. C.; HATCH, E.E.; HYER, M.; TROISI, R.; KAUFMAN, R. H.; ROBBY, S. J.; PALMER, J. R.; TITUS-ERNSTOFF, L.; ANDERSON, D.; HOOVER, R. N.; NOLLER, K. The Association between In Utero Cigarette Smoke Exposure and Age at Menopause. **Am J Epidemiol**, v. 167, p. 727–733. 2008.

VENDITTI, C. C.; CASSELMAN, R. e SMITH, G. Effects of chronic carbon monoxide exposure on fetal growth and development in mice. **BMC Pregnancy and Childbirth**, 2011.

ZHAO, Z. e REECE, E.A. Nicotine-induced embryonic malformations mediated by apoptosis from increasing intracellular calcium and oxidative stress. **Birth Defects Res B Dev Reprod Toxicol**, v. 74, p. 383–391. 2005.

ATENÇÃO NA HIGIENIZAÇÃO ORAL DO BEBÊ: UMA PERCEPÇÃO MATERNA

Data de aceite: 01/09/2020

Data de submissão: 05/06/2020

Suzane Brito Campos

Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Juiz de Fora – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/9565067910045397>

Gabriel Napoleão Campos

Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Juiz de Fora – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/4459745620030609>

Emília Adriane Silva

Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Juiz de Fora – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/1669932413406824>

Paula Liparini Caetano

Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Juiz de Fora – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/2544936061977384>

RESUMO: Os cuidados com a higiene da boca devem começar muito antes de os primeiros dentes erupcionarem. Nos recém-nascidos, existe a necessidade de higienização, no sexto mês, quando costumam aparecer os primeiros dentes e também onde se inicia a alimentação do bebê, é o momento ideal para consultas com odontopediatras. O cuidado com os dentes decíduos é muito importante, pois são eles que guiam o nascimento dos dentes permanentes. A primeira visita ao dentista deve ser feita ainda na gestação, como ideal, é que a mãe

faça uma consulta para receber as orientações necessárias para manter a correta saúde bucal do seu filho. A boa higiene bucal previne a ocorrência da cárie de mamadeira, causada pela falta de higienização após as mamadas (seja de leite materno ou artificial) ou pelo excesso de açúcar na alimentação. Esse tipo de cárie atinge principalmente os incisivos, provocando mau hálito e dificultando a mastigação e a fala. A higienização materna e do recém-nascido é uma das melhores alternativas para se evitar tais complicações.

PALAVRAS-CHAVE: Higienização oral do bebê, saúde oral, educação em saúde bucal

ATTENTION IN ORAL HYGIENIZATION OF THE BABY: A MATERNAL PERCEPTION

ABSTRACT: Hygiene oral care should begin long before the first teeth erupt. In newborns, there is a need for hygiene, in the sixth month, when the first teeth usually appears and also when the baby starts feeding, it is the ideal time for an appointment with pediatric dentists. Care for primary teeth is very important, as they are the ones that guide the birth of permanent teeth. The first visit to the dentist should be made during pregnancy, ideally, the mother should make an appointment to receive the necessary guidance to maintain the correct oral health of her child. Good oral hygiene prevents the occurrence of bottle caries, caused by the lack of hygiene after breastfeeding (either breast or artificial milk) or by excess sugar in the diet. This type of caries mainly affects the incisors, causing bad breath and making chewing and speech difficult. Maternal

and newborn hygiene is one of the best alternatives to avoid such complications.

KEYWORDS: Oral baby hygiene, oral health, oral health education.

1 | INTRODUÇÃO

Uma boa etapa para a educação em saúde bucal é durante a gestação pois é um momento onde a mulher está mais disposta e receptiva para o aprendizado com os novos cuidados e benefícios para o desenvolvimento da saúde bucal do filho, melhorando também a sua própria higienização. Fazendo assim que os bons hábitos sejam passados também para a geração futura (REIS et al., 2010).

Contudo, para ser viável a conscientização dos pais com relação a educação em saúde bucal de seus filhos, é de extrema importância a intervenção de um profissional capacitado, assim tal intervenção terá sucesso na construção deste bom hábito (FRAIZ; WALTER, 2001).

O objetivo deste trabalho de revisão de literatura é para alertar e demonstrar a importância do conhecimento da higienização materna para profissionais da saúde e a importância da educação em saúde bucal para as gestantes.

2 | REVISÃO

Hiratsuka et al. (2019) enfatizaram que é provável que a saúde bucal ideal seja alcançada pelos pais quando os mesmos escovam os seus próprios dentes regularmente, os pais que obtêm a educação de higienização oral antes do parto estão mais aptos a ajudar a criança com a escovação em frequência recomendada. É importante que os pais compreendam sobre o uso do flúor, sobre a dieta equilibrada e com o acesso em saúde, para assim captar informações de higienização trabalhando na prevenção para não precisar de uma intervenção futura. No estudo do Hiratsuka et al. (2019) a maioria dos indivíduos não alcançou significativamente as estatísticas no ideal de higienização, sugerindo que sejam explorados esse assunto, buscando determinar os caminhos, comportamentos, normas sociais e resultados de saúde dessas famílias.

A necessidade de programas de educação na higienização bucal em saúde na primeira infância vem aumentando, e com isso vem à responsabilidade de manter um bom hábito alimentar passando para os pais as informações sobre amamentação natural e artificial, de grande importância o conhecimento do controle da ingestão de açúcar e também a aplicação de flúor, já que os hábitos habitualmente são passados de mãe para filho, e com bom hábito alimentar mais o conhecimento na educação em saúde bucal, evita se as instalações de cáries em bebês (HANNA et al., 2007).

3 | DISCUSSÃO

Oliveira e Matos (2018) defendem a ideia de que as mães são as maiores responsáveis pelos cuidados com os filhos. Geralmente quem passa as informações sobre o bebê para as mães são as pediatras (médicas), mas no caso de saúde bucal, essa mãe foi submetida aos conhecimentos científicos de higienização oral por odontopediatras. Impunham-se as mães para as tarefas de zelar pela saúde e bem-estar dos indivíduos da família, com isso a responsabilidade de dona de casa o hábito de higiene oral deveria ser supervisionada por ela, principalmente a higienização das crianças, evitando doenças como a cárie, má oclusão, a atenção sobre a dentição decídua, e esses cuidados maternos são considerados fundamentais para a saúde como um estado geral das crianças.

Segundo Muhoozi et al. (2018), que fizeram o acompanhamento de bebês com idades entre 12 a 16 meses, onde todos os bebês já estavam com pelo menos quatro dentes decíduos erupcionados (incisivos centrais superiores e inferiores), as mães deste estudo foram orientadas quanto a importância da higienização oral para prevenir a doença carie na infância de seus filhos. Todos da família receberam escovas adequadas a idade de cada membro, para evitar o compartilhamento de escovas da criança a ser estudada. As mães foram orientadas sobre a higienização da cavidade bucal e das escovas, aconselhadas também a cortar os hábitos não higiênicos com os utensílios das crianças e na contaminação da alimentação dos bebês feito por elas, exemplo assoprar/ provar a comida antes de dar ao bebê. E como resultado, impactos positivos na saúde bucal foram observados.

Elamin et al. (2018) e Rigo et al. (2016) constataram a importância da educação nutricional onde as crianças que consumiam um alto teor de açúcar havia maior suscetibilidade a cárie, havendo a necessidade de intervenção direcionada a educação em saúde bucal e nutricional para os pais. Com o direcionamento da orientação de higienização durante a gravidez essas mães tiveram uma maior percepção da higienização oral do filho, incluindo as primeiras consultas no atendimento odontológico. Ainda assim fazendo se necessário também acompanhamento odontológico periódicos obrigatórios na estratégia para rastrear, prevenir e intervir.

Segundo Kraljevic et al. (2017) e Nazar et al. (2014) onde os mesmos apontaram que o consumo noturno de bebidas açucaradas influenciam no desenvolvimento de cárie na infância.

Cruz et al. (2004) avaliaram que poucas mães tinham informações sobre a higienização oral correta do bebê, e que poucas mães realizavam a higienização pelo menos três vezes ao dia. Afirmaram também a necessidade da atuação conjunta da Odontologia com o Pediatra para esse paciente infantil ter um melhor atendimento.

Hanna et al. (2007) assim como os outros autores citados anteriormente, acredita-se que levar as informações as gestantes previne problemas na saúde oral do bebê, já que as mães são as maiores responsáveis pela higienização do recém-nascido, mas tendo que levar em consideração a idade da mãe e que mães acima de 20 anos estão mais conscientes no que se refere à sua saúde e a do seu filho.

4 | CONCLUSÃO

A importância da higienização oral do bebê é grande, tendo em vista que através do bom exemplo familiar a criança cresce seguindo também o melhor exemplo, mas para ter um bom exemplo os familiares responsáveis precisam ter essa educação em saúde oral. Assim como também informações na dieta da criança. Uma pobre higienização e aumento na alimentação de açúcares gera-se o aparecimento da doença cárie, e por isso é muito importante que durante a gestação ainda a mãe tenha essa educação sobre saúde oral do bebê e quando o bebê nascer fazer o acompanhamento odontológico regular. Todos os autores ao longo dos anos citados neste artigo enfatizaram a educação em saúde bucal, para a conscientização de sua importância.

REFERÊNCIAS

- CRUZ, Ana Amélia Gomes et al. **Percepção materna sobre a higiene bucal de bebês: um estudo no Hospital Alcides Carneiro, Campina Grande-PB.** Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, v. 4, n. 3, p. 185-189, 2004.
- ELAMIN A, GAREMO M, GARDNER A. **Cárie dentária e sua associação com características socioeconômicas, práticas de higiene bucal e hábitos alimentares em crianças em idade pré-escolar em Abu Dhabi, Emirados Árabes Unidos - o projeto NOPLAS.** BMC Saúde Oral . 2018; 18 (1): 104. Publicado 2018 jun 8. Doi: 10.1186 / s12903-018-0557-8
- FRAIZ, F. C.; WALTER, L. R. F. **O comportamento infantil durante a higiene bucal domiciliar e alguns fatores associados à cárie.** J Bras Odontopediatr Odontol Bebê, Curitiba, v. 4, n. 21, p. 398-404, set./out. 2001
- HANNA, Leila Maués Oliveira; NOGUEIRA, Antônio José da Silva; HONDA, Vanna Yumi Souza. **Percepção das gestantes sobre a atenção odontológica precoce nos bebês.** RGO, v. 55, n. 3, p. 271-4, 2007.
- HIRATSUKA VY, ROBINSON JM, GREENLEE R, REFAAT A. **Crenças de saúde bucal e comportamentos de higiene bucal entre pais de crianças nativas urbanas do Alasca.** Int J Saúde Circumpolar . 2019; 78 (1): 1586274. doi: 10.1080 / 22423982.2019.1586274
- KRALJEVIC I, FILIPPI C, FILIPPI A. **Indicadores de risco de cárie na primeira infância (CEC) em crianças com alta necessidade de tratamento.** Swiss Dent J . 2017; 127 (5): 398-410.

MUHOOZI GKM, ATUKUNDA P, SKAARE AB, et al. **Efeitos da educação nutricional e de higiene na saúde bucal e no crescimento de crianças na zona rural de Uganda: acompanhamento de um estudo controlado randomizado por cluster.** Trop Med Int Saúde . 2018; 23 (4): 391-404. doi: 10.1111 / tmi.13036

NAZAR H, Al-Mutawa S, ARIGA J, SOPARKAR P, MASCARENHAS AK. **Prevalência de cárie, higiene bucal e hábitos de saúde bucal de bebês e crianças do Kuwait.** Med Princ Pract . 2014; 23 (2): 125-128. doi: 10.1159 / 000356866

OLIVEIRA IB, MATOS MIS. **“Para maior glória do nosso Brasil”: educação e cuidados para a saúde bucal infantil, 1912-1940.** Hist Cienc Saude Manguinhos . 2018; 25 (4): 1261-1279. doi: 10.1590 / S0104-59702018000500022

REIS DM, PITTA DR, FERREIRA HMB, JESUS MCP, MORAES MEL, SOARES MG. **Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes.** Cienc Saude Coletiva. 2010 jan;15(1):269-76.

RIGO L, DALAZEN J, GARBIN RR. **Impacto da orientação odontológica dada às mães durante a gravidez na saúde bucal de seus filhos.** Einstein (São Paulo) . 2016; 14 (2): 219-225. doi: 10.1590 / S1679-45082016AO3616

ALEITAMENTO MATERNO ENTRE MÃES DE UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL

Data de aceite: 01/09/2020

Data de Submissão: 21/07/2020

Tatiane Silva Guilherme

Universidade Estadual do Norte do Paraná
(UENP)
Bandeirantes, PR, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/2702119244166986>

Flávia Teixeira Ribeiro da Silva

Universidade Estadual do Norte do Paraná
(UENP)
Bandeirantes, PR, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-7656-955X>

Kelly Holanda Prezotto

Universidade Estadual Centro-Oeste
(UNICENTRO)
Guarapuava – PR
<https://orcid.org/0000-0001-9432-6965>

Carolina Fordellone Rosa Cruz

Universidade Estadual do Norte do Paraná
(UENP)
Bandeirantes, PR, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-8936-9191>

RESUMO: *Objetivos:* Analisar as principais dificuldades e intercorrências mamárias encontradas pelas mães e os fatores associados ao tempo de Aleitamento Materno Exclusivo (AME) e desmame precoce de crianças menores de 12 meses de idade. *Métodos:* Estudo transversal com abordagem quantitativa realizado com 298 mães residentes no município

de Bandeirantes-PR que tiveram filhos tanto na rede pública quanto privada de saúde de janeiro à dezembro de 2017. Foram realizadas visitas domiciliares e aplicado um formulário semiestruturado. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). *Resultados:* A maioria das entrevistadas (92,90%) realizaram pelo menos seis consultas de pré-natal, mas apenas 47,97% foram orientadas sobre Aleitamento Materno. Mesmo que 98,99% das mães tenham amamentado, poucas conseguiram manter o AME até o sexto mês de vida da criança (33,22%). No momento da entrevista 39,26% mães já haviam desmamado seus filhos e 83,76% dos desmames ocorreram em crianças menores de seis meses. Houve associações estatisticamente significativa entre o uso de formulas lácteas no hospital ($x^2=4,9657$, $p=<0,025$), a falta de leite e/ou leite fraco ($x^2=7,8684$, $p=<0,005$), ocupação/profissão do lar ($x^2=4,7256$, $p=<0,029$) e necessidade da mãe trabalhar ($x^2=4,9657$, $p=<0,025$) com o desmame precoce. *Conclusões:* É de extrema importância que o enfermeiro acompanhe e oriente as mulheres durante todo processo gravídico-puerperal, esclarecendo os mitos e as crenças acerca da amamentação, a fim de incentivar e prolongar o tempo do AME.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Materno-Infantil; Leite Materno; Desmame Precoce.

BREASTFEEDING BETWEEN MOTHERS OF A MUNICIPALITY OF THE SOUTH OF BRAZIL

ABSTRACT: *Objectives:* To analyze the main

difficulties and breast complications found by mothers and the factors associated with the time of exclusive breastfeeding (AME) and early weaning of children under 12 months of age. *Methods:* A cross-sectional study with 298 mothers living in the city of Bandeirantes, Brazil, who had children in both public and private health care facilities from January to December 2017. House visits were carried out and a semi-structured form was applied. All the participants signed the Informed Consent Term (TCLE). *Results:* Most of the interviewees (92.90%) performed at least six prenatal consultations, but only 47.97% were oriented on Breastfeeding. Although 98.99% of the mothers had breastfed, few were able to maintain the AME until the child's sixth month (33.22%). At the time of the interview, 39.26% of the mothers had already weaned their children and 83.76% of the weaning occurred in children under six months of age. There was a statistically significant association between the use of milk formula in hospital ($\chi^2= 4.9657$, $p= <0.025$), lack of milk and / or weak milk ($\chi^2= 7.8684$, $p= <0.005$), occupation / profession ($\chi^2= 4.7256$, $p= <0.029$) and the mother's need to work ($\chi^2= 4.9657$, $p= <0.025$) with early weaning. *Conclusions:* It is extremely important that the nurse accompany and guide women through the pregnancy-puerperal process, clarifying the myths and beliefs about breastfeeding, in order to encourage and prolong the duration of the AME.

KEYWORDS: Maternal and Child Health; Breast milk; Early weaning.

1 | INTRODUÇÃO

A amamentação é uma prática natural que estabelece um vínculo afetivo entre a mãe e o filho. Nos últimos anos o ato de amamentar tem aumentado gradativamente, porém a baixa aderência ao Aleitamento Materno Exclusivo (AME) e o desmame precoce tem se tornado um grande problema de saúde pública. Para tentar reverter essa situação a equipe de enfermagem deve incentivar a prática de amamentação na primeira hora de vida da criança, identificar as principais dificuldades enfrentadas pelas mães e/ou crianças e efetuar as intervenções precocemente (BUENO, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que o AME seja até o sexto mês de vida da criança, após esse período inicia-se a complementação com outros alimentos (até os vinte e quatro meses ou mais). Portanto, nos primeiros seis meses de vida não há necessidade de introduzir chás, água e alimentos sólidos como complemento, pois o leite materno é o alimento mais completo que existe e contém todos os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento adequado das crianças (BRASIL, 2015).

Segundo o Ministério da Saúde o desmame é um processo natural que faz parte do desenvolvimento da criança e da evolução da mulher como mãe, que raramente, acontece antes da criança completar um ano de vida. Quando o desmame ocorre antes dos seis meses de idade é denominado desmame precoce. As crianças desmamadas precocemente podem apresentar alterações nas funções de mastigação e deglutição devido ruptura do desenvolvimento motor-oral adequado

(BRASIL, 2015).

A OMS aponta que o Aleitamento Materno na Primeira Hora de Vida (AMPH) é um item fundamental para promoção, proteção e suporte à amamentação. Alguns estudos mostram que essa medida está associada com a duração do aleitamento materno. Quando a criança é amamentada na primeira hora de vida a taxa de mortalidade infantil reduz em aproximadamente 23%. Além da redução da mortalidade, a amamentação precoce também aumenta as chances das mães terem uma amamentação bem sucedida, auxilia na maturação dos tecidos do intestino do neonato, previne a hipoglicemia neonatal e a hipotermia (ROCHA *et al.*, 2017).

A amamentação proporciona inúmeros benefícios tanto para a mãe quanto para a criança. Os principais benefícios para as crianças são a redução dos riscos de alergias, das taxas de diarreias, infecções do trato respiratório e do trato gastrointestinal. As vantagens a curto prazo direcionada à mulher são a redução de estresse e mau humor devido a atuação da ocitocina e diminuição do sangramento, já a amamentação a longo prazo proporciona redução do aparecimento de cânceres de mamas e colo do útero, artrite reumatoide e osteoporose, com isso, reduz também as chances de fraturas ósseas (BUENO, 2013; BRASIL, 2015; MENEZES e SOARES, 2018).

Embora o ato de amamentar represente ser algo extremamente prazeroso para o binômio mãe e filho, algumas mães encontram dificuldades, principalmente, nos primeiros dias, sendo as mais recorrentes as dores, as fissuras mamilares, a mastite e o ingurgitamento mamário. Esses problemas, geralmente, acarretam na desistência da mãe continuar amamentando (GIUGLIANI, 2004).

Além das intercorrências mamárias, outros fatores associados à não aderência ao AME e ao desmame precoce são a falta de informações/orientações para as gestantes e puérperas, a gravidez na adolescência, baixa escolaridade materna, falta de apoio/incentivo de familiares e amigos, necessidade da mãe trabalhar fora do lar e uso precoce de fórmulas lácteas e bicos artificiais (ORSO, 2016).

Portanto, torna-se imprescindível que o enfermeiro acompanhe e oriente as mulheres durante as consultas de pré-natal e no puerpério, a fim de evitar as complicações durante a amamentação. É essencial que os profissionais sejam capacitados frequentemente e que nas Estratégia Saúde da Família (ESF) exista programas de educação em saúde, para esclarecer as dúvidas e preparar as mulheres para o processo de aleitamento. Além disso, os profissionais devem ter conhecimento das principais intercorrências mamárias e demais complicações enfrentadas pelas mães durante a prática de amamentação (MAURA *et al.*, 2017).

Esse estudo teve como objetivo analisar as principais dificuldades e intercorrências mamárias encontradas pelas mães e os fatores associados ao tempo de Aleitamento Materno Exclusivo e desmame precoce de crianças menores

de 12 meses de idade.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa com base em dados primários. A pesquisa foi desenvolvida no município de Bandeirantes, o qual está situado no Norte do Paraná e tem como municípios limítrofes, Itambaracá, Andirá, Barra do Jacaré, Santo Antônio da Platina, Abatiá, Santa Amélia, Santa Mariana e Cornélio Procópio. De acordo com o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2010 totalizou-se 32.184 habitantes, sendo que 16.633 eram do sexo feminino, destas 14.816 mulheres residiam na área urbana e 1.817 na zona rural. No ano de 2017 foi estimada pelo IBGE uma população de 32.486 habitantes, já em 2018 estima-se 31.526 habitantes (BRASIL, 2010).

A amostra foi composta pelas mães residentes no Município de Bandeirantes-PR que tiveram filhos tanto na rede pública de saúde e quanto na rede privada de janeiro a dezembro de 2017.

A pesquisa teve como critérios de inclusão todas as mães residentes no Município de Bandeirantes-PR que tiveram filhos no ano de 2017, que aceitaram participar da pesquisa. Foram excluídas as mães que residiam na área rural, as que mudaram de endereço, cidade ou estado, as que não foram encontradas em seus domicílios após três tentativas de visitas.

O levantamento geral dos dados ocorreu no Centro de Saúde Materno Infantil do município de Bandeirantes-PR através do fornecimento de uma planilha com o nome da mãe, endereço, local e data do nascimento, via de parto e peso do Recém-nascido (RN). As informações referentes aos nascimentos ocorridos na rede privada de saúde, em especial, os partos realizados fora do município foram fornecidas pelo departamento da Vigilância Sanitária através das Declarações de Nascidos Vivos no ano de 2017 (tanto as alimentadas quanto as retroalimentadas).

As entrevistas foram realizadas de dezembro de 2017 à fevereiro de 2018 através de um formulário semiestruturado aplicado individualmente. As participantes foram procuradas pela pesquisadora, em seus domicílios sem agendamento ou contato prévio e informadas sobre a pesquisa. Antes da aplicação do formulário as mães que aceitaram participar da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e no caso das adolescentes que aceitaram participar, foi solicitado a assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) por um responsável maior de idade. Foi necessário auxílio de alguns Agentes Comunitários de Saúde (ACS), principalmente, das Unidades Básicas de Saúde Central e Invernada, devido à dificuldade em localizar alguns endereços.

A amostra total foi composta por 446 mães residentes no Município de Bandeirantes-PR que tiveram filhos em 2017. Os partos realizados pelo SUS ocorreram na Santa Casa de Misericórdia de Bandeirantes e na Santa Casa de Misericórdia Cornélio Procópio. E os partos na rede privada foram realizados no Hospital São Lucas, Santa Casa de Misericórdia de Bandeirantes, Hospital Unimed Norte Do Paraná – Cornélio Procópio e no Hospital Evangélico de Londrina. Da população total 3 mulheres se recusaram a participar da pesquisa, 41 mães não foram localizadas na casa após três tentativas de visitas, 47 mudaram de endereço/cidade, 57 residiam na área rural e 298 foram entrevistadas.

Foi elaborado um banco de dados no Microsoft Excel 2013 para o estudo das variáveis com as seguintes informações:

- Perfil socioeconômico: idade das mães, cor/raça, escolaridade, ocupação/profissão, estado civil, renda familiar em salários mínimos e número de dependentes.
- Antecedentes obstétricos e pré-natal: número de gestações e abortos, casos de intercorrências durante a gestação, tipos de intercorrências gestacional, número de consultas de pré-natal e orientações referente ao aleitamento materno recebidas durante as consultas.
- Aleitamento materno: o RN foi amamentado, a mãe foi incentivada e conseguiu amamentar na primeira hora de vida do RN, iniciou a amamentação no hospital, o RN recebeu leite artificial no hospital, a mãe precisou de ajuda para amamentar, quem ajudou a mesma amamentar, a mãe teve intercorrências mamárias, quais foram as intercorrências mamarias, atualmente a mãe está amamentando e qual o tipo da amamentação atual.
- Desmame: idade em que o desmame ocorreu, tempo de AME, motivos do desmame e número de hospitalização da criança após o desmame.

Todas as informações armazenadas foram analisadas pelo Programa para análises epidemiológicas de dados (EPIDAT 3.1). Inicialmente foi realizada uma análise descritiva com percentual simples de todas as variáveis, seguida de uma análise univariada. As variáveis foram analisadas pelo Qui-quadrado (χ^2), com Intervalo de confiança (IC) de 95% e o valor da probabilidade ($p < 0,05$).

O projeto foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Bandeirantes e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual do Norte do Paraná – UENP, via Plataforma Brasil, sob o número CAAE: 68864417.6.0000.8123.

3 I RESULTADOS

Participaram do estudo 298 mulheres que tiveram filhos no ano de 2017. Dos

partos registrados 68,79% (205) foram cesáreas, sendo que 153 ocorreram na rede pública de saúde e 52 na rede privada, e 31,21% (93) foram partos vaginais, sendo 85 na rede pública e 08 na rede privada (figura 1).

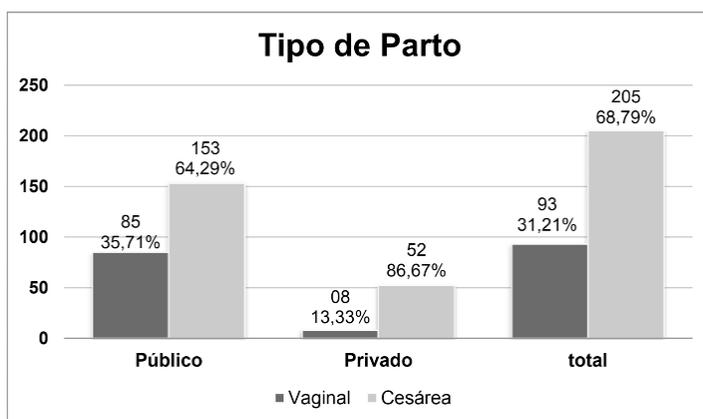


Figura 1 - Tipo e local do parto. Bandeirantes-PR, 2017.

A Tabela 1 demonstra a distribuição das variáveis socioeconômicas entre as entrevistadas. Pode-se perceber que 59,07% (176) possuíam de 20 a 31 anos, sendo que a idade média foi de 27 anos. Em relação à variável cor/raça observou-se que a raça branca foi a mais prevalente, com 67,79% (202). A maioria das mães relataram possuir ensino médio completo 34,9% (104), seguido do ensino médio incompleto 22,82% (68) e ensino superior 22,82% (68). Das mulheres investigadas 41,95% (125) tinham como ocupação/profissão do lar. Em relação ao estado civil 49% (146) são casadas e 31,2% (93) são amasiadas. A renda familiar também foi investigada e notou-se que a maioria das entrevistadas 75,16% (224) possuía uma renda familiar de um a quatro salários mínimos. Também foi investigado o número de dependentes no domicílio e constatou-se que 68,45% (204) tinham de dois a quatro dependentes.

	Variáveis	N	%
Idade	14 a 19	43	14,43
	20 a 25	89	29,87
	26 a 31	87	29,20
	32 a 37	55	18,45
Cor/raça	Branca	202	67,79
	Parda	44	14,77
	Amarela	06	2,01
	Preta	46	15,43
Escolaridade	Ensino fundamental Incompleto	41	13,76
	Ensino fundamental Completo	17	5,70
	Ensino médio completo	104	34,9
	Ensino médio incompleto	68	22,82
	Ensino Superior	68	22,82
Ocupação/ profissão	Do lar	125	41,95
	Doméstica/diarista	20	6,71
	Professora	15	5,03
	Atendente/balconista	14	4,70
	Vendedora	11	3,70
	Área da saúde*	12	4,02
	Comerciante	09	3,02
	Outras**	92	30,87
Estado Civil	Casada	146	49,00
	Amasiada	93	31,20
	Solteira	51	17,11
	Divorciada	07	2,35
Renda Familiar (em salário mínimo) ***	< 1	55	18,47
	1 a 4	224	75,16
	> 4	19	6,37
Dependentes	1	02	0,67
	2 a 4	204	68,45
	5 a 7	85	28,53
	> 7	07	2,35
Total		298	100,00

Tabela 1 - Distribuição das variáveis socioeconômicas segundo idade, cor/raça, escolaridade, ocupação, estado civil, renda familiar, número de dependentes. Bandeirantes, Paraná, 2017.

* fisioterapeuta, farmacêutica, auxiliar odontológico e técnica de enfermagem.

**gerente de loja, manicure, cabelereira, serviços gerais, advogada, agricultora, aposentada, baba, bióloga, camareira.

*** valor do salário mínimo atual: R\$965,00 reais.

A Tabela 2 mostra a distribuição das variáveis obstétricas, intercorrências durante a gestação e consultas de Pré-Natal. Foi possível observar que a maioria das parturientes eram secundigestas ou tercigestas (duas ou três gestações) 55,37% (165). Em relação ao aborto verificou-se que 13,42% (40) das mulheres já apresentaram um ou mais abortos anteriores. E 60,74% (181) dos nascimentos foram a termo (idade gestacional entre 37 e 40 semanas). Apesar da maioria dos nascimentos terem sido a termo, o número de prematuros foi relativamente alto, visto que 27,52% (82) nasceram com menos de 37 semanas de gestação, sendo que destes 30,49% (25) foram por parto vaginal e 69,51% (57) cesáreas. Das mães investigadas 42,28% (126) apresentaram intercorrências durante a gestação, sendo as mais prevalentes a Hipertensão Gestacional 19,05% (24) e anemia 16,67% (21). Notou-se que 99,32% (296) das mulheres realizaram pré-natal e 92,90% (275) compareceram a seis ou mais consultas. Apenas 47,97% (142) delas relataram ter recebido orientações quanto ao aleitamento materno.

	Variáveis	N	%
Número de Gestações	1	116	38,92
	2 a 3	165	55,37
	> 3	17	5,71
Abortos	0	258	86,58
	1	33	11,07
	2 a 3	07	2,35
Idade gestacional no nascimento	< 37	82	27,52
	37 - 40	181	60,74
	> 40	35	11,74
Intercorrências Gestacional	Sim	126	42,28
	Não	172	57,72
Tipos de intercorrências	Hipertensão Gestacional	24	19,05
	Diabetes Gestacional	05	3,97
	Hipertensão e diabetes gestacional	07	5,55
	Pré-eclâmpsia	12	9,52
	Sangramento vaginal	16	12,7
	Dilatação cervical	11	8,74
	Descolamento de placenta	07	5,55
	Distúrbios da tireoide	06	4,76
	Infecção do trato urinário	05	3,97
	Anemia	21	16,67
	Outras*	12	9,52

Realizou consultas de pré-natal	Sim	296	99,32
	Não	02	0,68
Número de consultas	< 6	21	7,10
	> 6	275	92,90
Recebeu orientação sobre aleitamento materno no Pré-natal	Sim	142	47,97
	Não	154	52,02
Total		298	100,00

Tabela 2 - Distribuição das variáveis obstétricas segundo o número de gestações, abortos, intercorrências gestacionais e consulta de pré-natal. Bandeirantes, Paraná, 2017.

* toxoplasmose, crises convulsivas, hipotensão, polidrâmnio, alteração de eletrólitos e trombocitopenia.

A Tabela 3 mostra as variáveis referente a amamentação desde o nascimento da criança. A maioria das mães 98,99% (295) relataram ter amamentado o RN. Das entrevistadas 86,58% (258) relataram ter sido incentivadas a amamentarem na primeira hora após o parto, mas apenas 55,03% (164) conseguiram. Grande parte delas 87,58% (261) relataram ter iniciado a amamentação ainda no hospital, ou seja, a primeira mamada aconteceu com menos de 72 horas após o parto. A maioria dos RN, 82,21% (245) receberam leite artificial no hospital. Observou-se que 62,75% (187) das mães receberam ajuda para amamentar na maternidade e 54,02% (101) foram auxiliadas pela equipe de enfermagem. Notou-se que 58,39% (174) das mulheres apresentaram algum tipo de intercorrências mamárias, sendo as mais prevalentes as fissuras mamilares 25,84% (77), seguida de fissuras mamilares e ingurgitamento mamários 15,10% (45).

No momento da entrevista 59,73% (178) relatam estar amamentando, mas apenas 31,54% (94) mantém amamentação exclusiva. Até o momento 40,60% (121) crianças foram desmamadas e 84,29% (102) dos desmames ocorreram antes dos seis meses de vida. Foi possível observar que 60,33% (73) das crianças desmamadas precocemente foram amamentadas exclusivamente por menos de dois meses. Apesar da maioria das mulheres terem conseguido amamentar, percebe-se uma baixa aderência ao aleitamento materno exclusivo e uma taxa relativamente alta de desmame precoce. Dentre os motivos do desmame 33,05% (40) das mães relataram que o desmame ocorreu devido à falta de leite ou leite fraco, seguido da necessidade da mãe trabalhar 14,87% (18). Apesar de 80,99% (98) das crianças não terem sido hospitalizadas nenhuma vez após o desmame, 19,01% (23) já precisou de pelo menos uma hospitalização (Tabela 3).

	Variáveis	N	%
Amamentou o RN	Sim	295	98,99
	Não	03	1,01
Foi incentivada a amamentar na 1ª hora após o parto	Sim	258	86,58
	Não	40	13,42
Amamentou na 1ª hora de vida do RN	Sim	164	55,03
	Não	134	44,97
Iniciou a amamentação no hospital	Sim	261	87,58
	Não	37	12,42
O RN recebeu leite artificial no hospital	Sim	245	82,21
	Não	45	15,10
	Não sabe informar	08	2,69
Recebeu ajuda na Amamentação	Sim	187	62,75
	Não	108	36,24
	Não amamentou	03	1,01
Quem ajudou na Amamentação	Equipe de Enfermagem	101	54,02
	Familiares	56	29,95
	Amigos	03	1,60
	Enfermagem e familiares	25	13,37
	Enfermagem, familiares e amigos	01	0,53
	Médico	01	0,53
Apresentou intercorrências mamárias	Sim	174	58,38
	Não	124	41,61
Tipos de intercorrências mamárias	Fissuras mamilares	77	25,84
	Ingurgitamento mamário	14	4,70
	Mastite	07	2,35
	Fissuras e ingurgitamento	45	15,10
	Fissuras, ingurgitamento e mastite	15	5,03
	Fissuras e mastite		
	Ingurgitamento e mastite	08	2,68
	Não amamentou	05	1,68
	Nenhuma	03	1,01
		124	41,61
Está amamentando Atualmente	Sim	177	59,40
	Não	121	40,60
Tipo de amamentação Atual	Exclusiva	94	31,54
	Complementada	83	27,86
	Somente leite artificial e/ou leite de vaca	121	40,60
Idade do desmame	< 6 meses	102	84,29
	> 6 meses	19	15,70
Tempo de AME das crianças que foram desmamadas	0 a 2 meses	69	60,33
	2 a 4 meses	27	22,31
	4 a 6 meses	16	13,23
	> 6 meses	05	4,13

Motivos do desmame	Falta de leite ou leite fraco	40	33,05
	Necessidade da mãe trabalhar	18	14,87
	Bebê recusou a mama	16	13,22
	Dificuldade na pega	13	10,75
	Demora na descida do leite	05	4,13
	Problemas mamários	05	4,13
	Uso precoce de formulas	03	2,50
	Ordem médica*	06	4,96
	Outras**	15	12,39
Número de hospitalização da criança após o desmame	Nenhuma	98	80,99
	1	10	8,26
	2 a 3	12	9,92
	> 3	01	0,83
Total		298	100,00

Tabela 3 - Distribuição das variáveis sobre aleitamento materno e desmame. Bandeirantes, Paraná, 2017.

* refluxo no RN; infecção hospitalar, pneumonia e anemia materna.

** nova gestação, falta de apoio, baby blues e falta de tempo.

A Tabela 4 descreve as associações do uso de formulas lácteas e bicos artificiais, prematuridade (nascimento abaixo de 37 semanas de gestação), baixa escolaridade materna (<8 anos de estudo), mães adolescentes, via de parto, número de gestações, problemas mamários, necessidade da mãe trabalhar, profissão/ocupação do lar, criança foi amamentada na primeira hora de vida, falta de leite e/ou leite fraco e uso de formulas lácteas antes da alta hospitalar com o desmame precoce. Através dos resultados obtidos pode-se notar que houve associações estatisticamente significativa entre o uso de formulas no hospital ($\chi^2= 4,9657$, $p<0,025$), a falta de leite e/ou leite fraco ($\chi^2= 7,8684$, $p<0,005$), profissão do lar ($\chi^2= 4,7256$, $p<0,029$) e necessidade da mãe trabalhar ($\chi^2= 4,9657$, $p<0,025$) com o desmame de crianças menores de seis meses de idade.

Variáveis	Desmame		Total	Valor de p	χ^2
	< 6 meses N	> 6 meses N			
Uso de Fórmulas Lácteas e bicos	12	01	13	0,4008	0,7060
Mães adolescentes	17	02	19	0,4994	0,4562
Prematuridade (< 37 semanas)	31	03	35	0,1935	1,6905
Parto cesárea	63	15	78	0,1508	2,0642

Escolaridade materna < 8 anos	23	6	29	0,3972	0,7167
Intercorrências mamárias**	54	12	66	0,4116	0,6743
Primigestas	46	9	55	0,8552	0,033
Falta de leite e/ou leite fraco	39	01	40	0,005	7,8684
Necessidade da mãe trabalhar	12	06	18	0,025	4,9657
Profissão/ocupação do lar	43	03	46	0,5993	0,2760
Foi amamentado na primeira hora de vida	47	10	57	0,029	4,7256
Uso de formulas lácteas no hospital	90	13	103	0,025	4,9657
Total	102	19	121		

Tabela 4 - Distribuição das variáveis associadas ao desmame precoce. Bandeirantes, Paraná, 2017.

* Teste de Qui-quadrado (χ^2) e p-valor (p) com Intervalo de Confiança (IC) 95%.

** Fissuras mamilares, mastite e ingurgitamento mamário.

4 | DISCUSSÃO

No presente estudo pode-se observar que a maioria dos partos ocorreram por cesárea, 68,79% (205), o que mostra que o município estudado está muito distante de cumprir o que é preconizado pela OMS. Infelizmente essa realidade é observada na maioria das maternidades do Brasil. Resultados semelhantes foram descritos em um estudo realizado no ano de 2012 no município de Maringá com o objetivo de identificar fatores associados à cesárea entre residentes do município estudado, segundo fonte de financiamento do parto. Foram investigados 920 partos em cinco hospitais, sendo dois na rede pública de saúde e três na rede privada, onde foram registrados 78% cesáreas. Foi possível observar também que a alta taxa cesarianas aconteceu tanto nos hospitais públicos quanto particular, dos 485 partos registrados no sistema público de saúde, 55,5% foram cesarianas e dos 435 partos ocorridos no sistema privado, 93,8% foram cesáreas (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Segundo o Ministério da Saúde, o Brasil vive uma epidemia de cesáreas, sendo registradas aproximadamente 1,6 milhões de procedimentos por ano. No Brasil a taxa estimada de cesarianas está em torno de 56%. Ainda há um caminho a ser percorrido para que as taxas no país fiquem entre 25% a 30%, dados preconizados pelo Ministério da Saúde. Já a OMS, preconiza que apenas 10 a 15% dos partos sejam realizados através de procedimento cirúrgico (cesariana) (BRASIL, 2016).

Foi possível observar na atual pesquisa que 59,07% (176) das mulheres tinham de 20 a 31 anos, apesar da maioria das mães possuírem idade superior a 20 anos o número de mães adolescentes é relativamente alto, visto que, foram investigadas 14,43% (43) mães com idade entre 14 e 19 anos. Um estudo realizado por Oliveira, et al, 2016, no município de Maringá se mostrou similar, pois a idade predominante foi entre 20 e 34 anos (OLIVEIRA, 2016).

A gravidez na adolescência é referida como um problema de saúde pública no Brasil, devido ao aumento do número de gestação entre 12 e 19 anos. Dados similares foram descritos em uma pesquisa realizada em duas UBS de Curitiba-PR com 37 mães com idades entre 10 e 49 anos, cujo objetivo foi avaliar os fatores que influenciam no aleitamento materno e desmame precoce em mães adolescentes e adultas na cidade de Curitiba-PR, no qual, mostrou que 35,2% das mães investigadas eram adolescentes e 40,9% desmamaram precocemente, a maioria das adolescentes relataram ter desmamado devido as dificuldades para amamentar nos primeiros dias, principalmente, pelas fissuras mamilares (OLIMPIO; KOCHINSKI e RAVAZZANI, 2010).

Ao analisar o perfil socioeconômico observou-se que 67,79% (202) mães apresentavam cor/raça branca, 57,71% (172) possuíam ensino médio (incluindo o completo e incompleto) e 49% (146) eram casadas. Resultados semelhantes foram descritos em uma pesquisa realizada pela Vigilância em Saúde no ano de 2013 com 905 mães em uma cidade no Sul do Brasil, cujo o objetivo foi investigar a relação da via de parto com fatores sociodemográficos e a amamentação. Nesse estudo 71,71% das participantes apresentaram cor/raça branca, 37,67% tinham ensino médio e 47,40% possuíam estado civil de casada (ARRUDA *et al.*, 2018).

Referente à ocupação/profissão das entrevistadas 41,95% (125) disseram ser do lar e não ter nenhuma atividade secundária. Resultados semelhantes foram mostrados em um estudo realizado com 15 nutrízes em uma UBS no município de Píripituba-PB, cujo o objetivo foi identificar fatores relacionados ao desmame precoce. Essa pesquisa mostrou que 66% das mães tinham como profissão/ocupação do lar (FILHO; SHITSUKA e MORIYAMA; 2016).

Durante as entrevistas foi possível observar uma grande desigualdade salarial, visto que, a renda mensal mínima relatada pelas mães foi de 180,00 reais e a máxima de 40.000,00 reais. Entretanto, a maioria das entrevistadas 75,16% (224) possuíam uma renda mensal de 1 a 4 salários mínimos e 68,45% (204) tinham de 2 a 4 dependentes no domicílio. Informações semelhantes foram descritas em um estudo realizado com 22 mães em uma UBS no município de Pindamonhangaba/SP, cujo objetivo foi identificar as percepções e práticas maternas da alimentação no primeiro ano de vida, foi possível observar que 59,1% das entrevistadas tinham uma renda mensal de 1 a 2 salários mínimos e 63,7% das mães possuem de 3 a 4 dependentes

(CONCEIÇÃO E RODRIGUES, 2015).

Em relação às variáveis obstétricas notou-se que a maioria 55,37% (165) das mães eram secundigestas ou tercigestas (segunda ou terceira gestação). Resultados divergentes foram descritos em um estudo realizado com 19 gestantes no período de setembro a novembro de 2017 em uma UBS no município de Sete Lagoas-MG, que teve como objetivo obter dados sociodemográficos, gestacionais e informações sobre o conhecimento das gestantes em relação ao aleitamento materno, no qual, pode-se observar que 63,1% das participantes eram primigestas (CARNEIRO e RODRIGUES, 2017).

A atual pesquisa aponta que 60,74% (181) das crianças nasceram com idade gestacional entre 37 e 40 semanas (a termo). Dados similares foram encontrados em um estudo desenvolvido com 149 puérperas em uma Maternidade na cidade de Nova Lima-MG no período de junho a dezembro de 2016, que teve por objetivo caracterizar as condições demográficas das puérperas atendidas em uma maternidade pública de Belo Horizonte, onde mostrou que 75,83% dos nascimentos ocorreram entre 37 e 40 semanas de gestação (SOUZA *et al.*, 2017).

No presente estudo 13,42% (40) das mães entrevistadas relataram abortos anteriores, sendo que 82,5% (33) apresentaram um aborto e 17,5% (7) tiveram de 2 a 3 abortos. Resultados semelhantes foram constatados em uma pesquisa realizada durante dois meses com 150 puérperas em um hospital situado na cidade de Campina Grande-PB, com o objetivo foi identificar as dificuldades encontradas no aleitamento materno em um hospital público de Pernambuco, no qual, mostrou que dentre as mulheres estudadas 13,33% relataram já ter sofrido ao menos um aborto (SIMÕES, 2013).

O aborto representa um problema de saúde pública, principalmente, quando efetuados sem condições de higiene e/ou de segurança. As complicações decorrentes dos procedimentos clandestinos representam a quinta maior causa de morte materna no Brasil. Segundo a Pesquisa Nacional de Aborto realizada no ano de 2016 a maioria dos abortos ocorrem entre mulheres de 18 a 29 anos, e em mais da metade dos casos é necessário hospitalização. Além disso, uma em cada cinco mulheres brasileiras em idade reprodutiva já tiveram pelo menos um aborto (DINIZ; MEDEIROS e MADEIRO, 2017).

Notou-se que 42,28% (126) das mães investigadas relataram ter apresentado intercorrências durante a gestação e as mais prevalentes foram Hipertensão Gestacional 19,05% (24), anemia 16,67% (21) e sangramento vaginal 12,70% (16). Alguns resultados que condizem parcialmente com a atual pesquisa foram registrados em um estudo realizado com 928 puérperas no município de Maringá-PR, cujo o objetivo foi analisar a prevalência de intercorrências na gravidez e o perfil sociodemográfico, segundo financiamento do parto, e pode-se observar que 87,8%

puérperas relataram ter apresentado pelo menos uma intercorrência na gestação, sendo que 31,5% tiveram Infecção do Trato Urinário (ITU), 24,4% anemia, 23,6% leucorreia e 23,5% sangramento vaginal (VARELA *et al.*, 2017).

A presente pesquisa evidenciou que a maioria das mães 99,32% (296) realizaram pré-natal e 92,90% (275) compareceram a mais de seis consultas de Pré-natal. Entretanto, apesar do elevado número de consultas, apenas 47,97% (142) relataram ter recebido orientações referentes ao aleitamento materno. Resultados similares foram expressos em uma pesquisa realizada no município de São Mateus-ES no período de agosto a dezembro de 2010 com 323 puérperas, cujo o objetivo foi avaliar o conhecimento de puérperas internadas em uma maternidade acerca do aleitamento materno, mostrou que 98,5% das participantes realizaram pré-natal, 58,8% fizeram 7 ou mais consultas e apenas 36,2% mães foram orientadas durante as consultas sobre a prática da amamentação (VISINTIN *et al.*, 2015).

Segundo o Ministério da Saúde as gestantes devem realizar ao menos seis consultas de pré-natal em uma gestação a termo, recomenda-se que a primeira consulta ocorra no primeiro trimestre de gestação. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) preconiza que durante as consultas sejam implementadas ações que melhore a qualidade do pré-natal, como orientações referentes ao aleitamento materno, alimentação suplementar e imunização (NUNES *et al.*, 2016).

A atual pesquisa mostra que 98,99% (295) das mulheres conseguiram amamentar o RN, porém constatou-se uma baixa aderência ao AME. No momento da entrevista mais da metade das mães 59,40% (177) ainda estavam amamentando, mas apenas 31,54% (94) das crianças estavam em AME. Dados que vão de encontro com a atual pesquisa são descritos em um estudo realizado com 34 mães no município de Vale do Paraíba-SP, sendo que 88% das mulheres entrevistadas conseguiram amamentar e 82% ainda estavam amamentando no momento da pesquisa (MONTEIRO *et al.*, 2008).

A amamentação nos primeiros minutos de vida faz parte das estratégias prioritárias para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, pois é nesse período que o RN está mais atento. Portanto, é primordial que as mães sejam incentivadas e recebam ajuda para amamentar na primeira hora após o parto, pois quanto mais cedo se iniciar a primeira mamada, maiores são as chances da mãe ter uma amamentação bem sucedida e menores as taxas de desmame precoce (MOURA *et al.*, 2015).

Observou-se na presente pesquisa que 62,75% (187) das mães receberam ajuda nas primeiras mamadas e 54,02% (101) foram auxiliadas pela equipe de enfermagem. Resultados semelhantes foram descritos em uma pesquisa realizada com 15 puérperas no período de setembro a outubro de 2016 na Santa Casa de

Caridade de Formiga-MG, no qual, mostrou que 86,66% das nutrizes receberam ajuda de Enfermeiro na primeira mamada (SOUZA, 2016).

Também foi possível observar no presente estudo que 86,58% (258) das mães foram incentivadas a amamentar na primeira hora após o parto, no entanto, 55,03% (164) conseguiram realizar a primeira mamada na primeira hora de vida do RN. Resultados similares foram descritos em um estudo realizado com 261 crianças menores de um ano no município de Montes Claros-MG entre dezembro de 2013 à fevereiro de 2014, cujo o objetivo foi identificar os fatores relacionados ao aleitamento na primeira hora de vida, esse estudo mostrou 81,2% das crianças foram amamentadas na primeira hora após o nascimento (SOUZA *et al.*, 2017).

A presente pesquisa mostra que 58,39% (174) das mães apresentaram intercorrências mamárias e as mais prevalentes foram as fissuras mamilares 25,84% (77), fissuras mamilares e ingurgitamento mamários 15,10% (45), ingurgitamento mamário 4,70% (14) e mastite 2,35% (07). Resultados que vão de encontro com a pesquisa foram descritos em um estudo realizado com 111 mães no município de Piracicaba-SP, cujo o objetivo foi identificar as variáveis potencialmente relacionadas ao abandono do AME, foi possível evidenciar que dentre os problemas mamários apresentados, os mais frequentes foram as fissuras mamilares 34,2%, ingurgitamento mamário 8,1% e mastite 2,7%. Urbanetto, et al, 2018, ressalta que as intercorrências mamárias determinam a continuidade e sucesso da amamentação, e conseqüentemente, são as principais causas do desmame precoce (URBANETTO *et al*, 2018).

Notou-se que no momento da entrevista 40,60% (117) crianças já haviam sido desmamadas, destas, apenas 4,13% (05) foram amamentaram exclusivamente até seis meses ou mais de idade. No momento da entrevista 59,40% (177) crianças ainda recebiam leite materno, sendo que apenas 31,54% estavam em AME. Dados semelhantes foram encontrados em uma pesquisa realizada com 143 crianças menores de 24 meses de idade em São Luís-MA, assistidos em quatro UBS, no qual mostrou que 33,3% foram amamentadas exclusivamente até o sexto mês de vida e 62,2% das crianças foram desmamaram precocemente (SILVA e CONCEIÇÃO, 2018).

O desmame precoce ainda representa um grande desafio para as políticas públicas de saúde em nosso país, pois é considerado um problema determinante para a mortalidade infantil. Por isso, é de extrema importância que os profissionais da saúde estabeleçam ações que incentivem e prolonguem o tempo do AME (FILHO; SHITSUKA e MORIYAMA, 2016). De acordo com o Ministério da Saúde o desmame precoce e o aumento da morbimortalidade infantil está associado com o tempo da apojadura, uso de chupetas e a introdução precoce de mamadeiras e formulas lácteas (BRASIL, 2015).

Em relação aos motivos do desmame a maioria das mães 33,05% (40) relataram

ter desmamado as crianças devido à falta de leite ou leite fraco. Dados semelhantes foram encontrados em uma pesquisa realizada com 42 nutrízes atendidas no Banco de Leite Humano do Hospital Universitário de Maringá, no período de janeiro a julho de 2002, no qual mostra, que 47,61% mães desmamaram e 23,80% relataram ter abandonado a prática da amamentação devido a produção de leite insuficiente e a introdução precoce de outros alimentos (HEBERLE e MARTINS, 2004).

Pode-se observar no presente estudo que houve associações estatisticamente significativa entre o uso de formulas lácteas no hospital ($\chi^2= 4,9657$, $p<0,025$), a falta de leite e/ou leite fraco ($\chi^2= 7,8684$, $p<0,005$), profissão/ocupação do lar ($\chi^2= 4,7256$, $p<0,029$) e necessidade da mãe trabalhar ($\chi^2= 4,9657$, $p<0,025$) com o desmame de crianças menores de seis meses de idade.

Uma pesquisa desenvolvida com 60 lactantes atendidas no ambulatório de Pediatria da Unidade de Saúde da Família do Vale do Carangola no município de Petrópolis-RJ, no ano de 2014, mostrou que oito mães já haviam desmamado seus filhos e 62,5% informou que o desmame ocorreu devido ao leite fraco ($p= 1,2135$) e 25% pela falta de leite ($p= 1,5234$). Segundo Pereira, 2015 a complementação com formulas artificiais, principalmente, quando associada ao uso da mamadeira faz com que o RN sugue menos o peito e, conseqüentemente, a produção do leite começa a diminuir. Esse é um dos fatores que levam as mães a crença do pouco leite ou leite fraco. Pereira, 2015 mostra ainda que 54 (90%) das crianças investigadas receberam formulas artificiais durante sua permanência hospitalar. Não houve associação estaticamente significante destas variáveis com o desmame (PEREIRA, 2015).

No estudo de Pereira, 2015, não houve associação estatística significativa quanto a profissão/ocupação do lar com o desmame precoce ($p=2, 34546$), visto que 91,60% das entrevistadas declaram ser do lar, conseqüentemente, esse fator não deveria estar associado com o desmame precoce, pois essas mulheres teriam maior facilidade e tempo para manter o AME, quando comparada com as que trabalham fora do lar (PEREIRA, 2015).

Além desses fatores, o desmame também está associado com a falta de apoio e incentivo materno tanto da equipe de enfermagem quanto de familiares e amigos. Em alguns municípios existem as redes de apoio ao aleitamento materno, que tem o intuito de acolher, incentivar e aconselhar as gestantes e puérperas quanto à importância de amamentar, permitindo que elas se sintam mais confiantes e seguras. Portanto, é essencial que a mulher receba apoio durante todo processo gravídico-puerperal do pai da criança/companheiro, mãe, irmã, familiares mais próximos e amigos, pois a gestação e o ato de amamentar é um momento único na vida da mulher (PRATES; SCHMALFUSS e LIPINSKI, 2015).

5 | CONCLUSÃO

Conclui-se que a maioria das mães possui de 20 a 31 anos, são brancas, casadas, com ensino médio completo e com ocupação do lar. A renda familiar predominante foi de um a quatro salários mínimos. A maior parte das mães realizaram pelo menos seis consultas de Pré-Natal durante a gestação, mas apenas a metade delas relataram ter recebido orientações referente ao aleitamento materno nas consultas.

Embora a maioria das mães tenha conseguido amamentar o número de crianças desmamadas antes do sexto mês de vida foi muito alto. O Ministério da Saúde ressalta que o uso de formulas lácteas e a falta de leite e/ou leite fraco são uns dos motivos predominantes do desmame, e na atual pesquisa contactou-se uma associação estatística significativa destas variáveis.

Os resultados obtidos com este estudo reforçam a necessidade de práticas de apoio e incentivo à manutenção do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança, principalmente no pré-natal, pois essa assistência é a porta de entrada para o cuidado ao binômio mãe-filho. Nesse sentido, sugere-se que sejam esclarecidos os mitos e as crenças acerca da amamentação e reforçadas as orientações sobre a importância e benefícios da amamentação antes da primeira hora de vida do RN e os malefícios da introdução precoce de fórmulas lácteas infantis.

Para tanto torna-se imprescindível que as orientações sejam transmitidas à população de forma clara, simples e concisa para que desperte o interesse e a participação das mulheres em todo o período gravídico-puerperal. O ideal seria que houvesse uma assistência multiprofissional e interdisciplinar que atuasse de forma dinâmica e lúdica, motivando e mobilizando a participação efetiva de todos da comunidade. E para excelência na assistência do binômio mãe e filho é fundamental que seja estabelecida uma rede de apoio tanto profissional quanto familiar, a fim de assegurar uma amamentação tranquila e bem sucedida.

Além disso, todos os profissionais das UBS deveriam participar efetivamente de um programa de educação permanente em aleitamento materno, com o intuito de implantar ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento durante as assistências de pré-natal, parto e pós-parto, para reduzir e/ou evitar as intercorrências mamárias e demais problemas durante a amamentação.

A maior dificuldade da pesquisa ocorreu durante a coleta de dados na busca das participantes em seus endereços. E ainda uma das limitações observadas durante a pesquisa foi ter incluído todas as mães de crianças que ainda não tinham completado seis meses de vida. Após a tabulação, constatou-se um alto número de desmame precoce e esse índice poderia ter sido ainda maior se todas as crianças tivessem ao menos seis meses de vida completo.

AGRADECIMENTOS

À Secretaria municipal de saúde do município de Bandeirantes-Paraná pelo fornecimento dos endereços e contatos das participantes da pesquisa e à Fundação Araucária e Universidade Estadual do Norte do Paraná por parte do apoio financeiro.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores participaram da:

1) concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; 2) elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; 3) aprovação final do manuscrito para submissão.

Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e são responsáveis por todo o conteúdo da obra.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, G.T.; BARRETO, S.C.; MORIN, V.L.; PETTER, G.N.; BRAZ, M.M.; PIVETTA, H.M.F. **Existe Relação Da Via De Parto Com A Amamentação Na Primeira Hora De Vida?** Revista Brasileira em Promoção da Saúde. Fortaleza, 31(2): 1-7, 2018. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/7321/pdf>

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades. Estimativa da população.** IBGE, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 306, de 28 de março de 2016.** Secretaria de atenção à saúde. 2016. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/31/MINUTA-de-Portaria-SAS-Cesariana-03-03-2016.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BUENO, K.C.V.N. **A importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade para a promoção da saúde da mãe e do bebê [tese].** Especialização em atenção Básica em Saúde da Família na Universidade Federal de Minas (UFMG). Minas Gerais, 2013.

CARNEIRO, D.C.F.; RODRIGUES, D.F. **Conhecimento de gestantes de uma Estratégia Saúde da Família (ESF) de Sete Lagoas-MG sobre os benefícios do aleitamento materno.** Revista Brasileira de Ciências da Vida, 2017. Disponível em: <http://jornal.faculdadecienciasdavid.com.br/index.php/RBCV/article/view/586/337>

CONCEIÇÃO, D.R.; RODRIGUES, A.M. **Percepções maternas sobre alimentação no primeiro ano de vida.** Revista Ciências Humanas – UNITAU: v. 8, n 1, edição 14, p. 118 – 130, 2015. Disponível em: <https://www.rchunitau.com.br/index.php/rch/article/view/266/165>

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. **Pesquisa Nacional de Aborto 2016**. Ciência & Saúde Coletiva, 22(2): 653-660, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n2/1413-8123-csc-22-02-0653.pdf>

FILHO, F.A.F.; SHITSUKA, C.; MORIYAMA, C.M. **Fatores relacionados ao desmame precoce entre nutrízes cadastradas em uma Unidade de Saúde da Família**. *Revista Saúde Com*, 12(2): 588-592, 2016. Disponível em: <http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/413/334>

GIUGLIANI, E.R.J. **Problemas comuns na lactação e seu manejo**. *Jornal de Pediatria*, 2004. vol.80 no.5. Porto Alegre. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000700006

HEBERLE, A.B.S.; MARTINS, M.R. **Desmame precoce de crianças nascidas em um Hospital Universitário**. *Revista Uningá*, n. 2, p. 79-88, 2004. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/355/23>

http://www.repositorio.unilab.edu.br:8080/jspui/bitstream/123456789/696/1/2018_arti_cmenezes.pdf

MAURA, L.P.; OLIVEIRA, J.M.; NORONHA, D.D. *et al.* **Percepção de mães cadastradas em uma Estratégia Saúde da Família sobre aleitamento materno exclusivo**. *Revista de enfermagem UFPE on line*. Recife, 11(Supl. 3):1403-9, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13983/16836>

MENEZES, C.B.; SOARES, D.J. **Benefícios do aleitamento materno exclusivo até os meses de vida [tese]**. Especialização em Saúde da Família/Gestão da Saúde da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. 2018.

MONTEIRO, M.C.N.; MOREIRA, S.H.; FARIA, K.O.M.; FILIPINI, S.M. **Causas do desmame precoce**. XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica – Universidade do Vale do Paraíba. 2008. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2008/anais/arquivos/INIC/INIC1349_02_O.pdf

MOURA, E.R.B.B.; FLORENTINO, E.C.L.; BEZERRA, M.E.B.; MACHADO, A.L.G. **Investigação dos fatores sociais que interferem na duração do aleitamento materno exclusivo**. *Revista Intertox-EcoAdvisor de Toxicologia Risco Ambiental e Sociedade*; v. 8, n. 2, p. 94-116, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/203-838-1-PB.pdf>

NUNES, J.T.; GOMES, K.R.O.; RODRIGUES, M.T.P.; MASCARENHAS, M.D.M. **Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015**. *Caderno de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: 24 (2): 252-261, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n2/1414-462X-cadsc-24-2-252.pdf>

OLIMPIO, D.M.; KOCHINSKI, E.; RAVAZZANI, D.A. **Fatores que influenciam no aleitamento materno e desmame precoce em mães adolescentes e adultas**. *Cadernos de Escola de Saúde*. Curitiba: 03: 1-12, 2010. Disponível em: <http://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/cadernossaude/article/viewFile/2289/1862>

OLIVEIRA, R.R.; MELO, E.C.; NOVAES, E.S.; FERRACIOLI, P.L.R.V.; MATHIAS, T.A.F. **Fatores associados ao parto cesárea nos sistemas público e privado de atenção à saúde.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo: 50(5):733-740, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n5/pt_0080-6234-reeusp-50-05-0734.pdf

ORSO, L.F. **Percepção de mulheres quanto ao cenário de cuidado em saúde na promoção do aleitamento materno.** Revista Recien. São Paulo: 6(17):3-12, 2016.

PEREIRA, R.A. **Desmame precoce do aleitamento materno entre as mães atendidas no ambulatório de pediatria da Unidade de Saúde da Família do Vale do Carangola – Petrópolis.** Monografia. Volta Redonda. 2015.

PRATES, L.A.; SCHMALFUSS, J.M.; LIPINSKI, J.M. **Rede de apoio social de puérperas na prática da amamentação.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 19(2), 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0310.pdf>

ROCHA, L.B.; ARAÚJO, F.M.S.; ROCHA, N.C.O.; ALMEIDA, C.D. **Aleitamento materno na primeira hora de vida: uma revisão da literatura.** Revista de Medicina e Saúde de Brasília:v.6 n.3, 2017. <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/8318/5490>

SILVA, A.L.B.; CONCEIÇÃO, S.I.O. **Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em crianças assistidas em Unidades Básicas de Saúde.** Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde, 2018. Vitória, 20(1): 92-101. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/20613-59175-1-SM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/20613-59175-1-SM%20(1).pdf)

SIMÕES, R.F.M. **Identificação imediata das dificuldades do aleitamento materno de um hospital público de Campina Grande-PB. [tese].** Trabalho de Conclusão de Curso. 2013. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/4203/1/PDF%20-%20Raiana%20Fernandes%20Mariz%20Sim%C3%B5es.pdf>

SOUZA, R.S. **Conhecimentos maternos sobre amamentação entre puérperas de determinada santa casa de caridade de Minas Gerais. [tese].** Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Fisioterapia do UNIFOR-MG. Formiga – MG 2016. Disponível em: https://bibliotecadigital.unifor.br:21015/xmlui/bitstream/handle/123456789/432/TCC_RosianeSilvaSouza.pdf?sequence=1&isAllowed=y

SOUZA, S.C.O.; PAIVA, P.A.; COSTA, S.M.; et al. **Aleitamento materno de crianças cadastradas na atenção primária à saúde.** Revista de Enfermagem UFPE online. Recife: 11(Supl. 9):3583-9, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234489/27687>

SOUZA, S.F.; ALVARENGA, D.B.M.; SANTOS, B.N.S.; PINHEIRO, I.F.; SALLES, P.V. **Perfil demográfico e levantamento dos conhecimentos sobre aleitamento materno de puérperas atendidas em uma maternidade pública da região metropolitana de Belo Horizonte: resultado de um projeto de extensão.** Revista Interdisciplinar de Extensão. V. 1. Nº 1, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/16195-57193-1-PB.pdf>

URBANETTO, P.D.G.; GOMES, G.C.; COSTA, A.R.; et al. **Facilidades e dificuldades encontradas pelas puérperas para amamentar.** Revista online – Cuidado é Fundamental, 10(2): 399-405, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/6060-35514-1-PB.pdf>

VARELA, P.L.R.; OLIVEIRA, R.R.; MELO, E.C.; MATHIAS, T.A.F. **Intercorrências na gravidez em puérperas brasileiras atendidas nos sistemas público e privado de saúde.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, 25:e2949, 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2814/281449566112.pdf>

VISINTIN, A.B.; PRIMO, C.C.; AMORIM, M.H.C.; LEITE, F.M.C. **Avaliação do conhecimento de puérperas acerca da amamentação.** Enfermagem em Foco, 6 (1/4): 12-16, 2015. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/570/252>

ABORDAGEM DA TOXOPLASMOSE DURANTE A GRAVIDEZ NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Data de aceite: 01/09/2020

Lucas Rodrigues Miranda

Universidade Federal de Jataí (UFJ)
Jataí, GO, Brasil

Giuliana Moura Marchese

Universidade Federal de Jataí (UFJ)
Jataí, GO, Brasil

Gabriella Leite Sampaio

Universidade Federal de Jataí (UFJ)
Jataí, GO, Brasil

Flavio de Oliveira Borges

Universidade Federal de Jataí (UFJ)
Jataí, GO, Brasil

Letícia Lino da Silva

Universidade Federal de Jataí (UFJ)
Jataí, GO, Brasil

Mariana Bodini Angeloni

Universidade Federal de Jataí (UFJ)
Jataí, GO, Brasil

RESUMO: A toxoplasmose é uma protozoonose, importante problema de saúde pública e potencialmente grave quando transmitida durante a gestação. A doença pode ter uma apresentação materna assintomática e o tratamento não é totalmente eficaz para a impedir a transmissão da doença durante a gestação. A melhor forma de evitar casos de toxoplasmose congênita é o acompanhamento das gestantes na atenção primária à saúde para orientá-las quanto as formas de prevenção da doença. Assim, esse

trabalho teve como objetivos promover educação continuada pela transmissão de informações atualizadas e recentes descobertas sobre a toxoplasmose aos profissionais de saúde e às gestantes, bem como a produção de materiais que facilitem esse processo. O trabalho foi realizado por docente e acadêmicos do curso de Medicina da Universidade Federal de Jataí junto às gestantes e profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde do município de Jataí/GO. Foram criados materiais educativos para as gestantes e para os profissionais de saúde, facilitando a transmissão de informações às mulheres atendidas. Realizou-se também educação continuada em saúde com enfoque na profilaxia e interpretação sorológica diagnóstica da toxoplasmose gestacional aos profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde. Além disso, foram promovidas ações educativas e informativas com as gestantes durante a realização das consultas de pré-natal e conscientização da importância da realização do pré-natal e dos hábitos de higiene e cuidados durante o período gestacional. Essas ações promoveram o aprimoramento técnico-científico de profissionais da saúde sobre a toxoplasmose, garantindo maior eficiência na prevenção da transmissão da doença em gestantes e auxiliaram a prevenção da toxoplasmose congênita. Além de serem muito importantes na formação de acadêmica dos estudantes que atuarão futuramente como médicos, garantindo aperfeiçoamento profissional e nas relações com os pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária a Saúde. Prevenção de Doenças. Toxoplasmose.

TOXOPLASMOSIS DURING PREGNANCY MANAGEMENT IN PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT: Toxoplasmosis is a protozoonosis, an important public health problem and potentially severe when transmitted to fetus during the pregnancy. The disease may have an asymptomatic maternal presentation and treatment is not fully effective in preventing the congenital transmission. The best way to avoid cases of congenital toxoplasmosis is to monitor pregnant women in primary health care showing them how to prevent the disease. Thus, this work aimed to promote continuing education by transmitting updated information and recent discoveries about toxoplasmosis to health professionals and pregnant women, as well as the production of materials that facilitate this process. The work was carried out by professors and academics of the Medicine course at the Federal University of Jataí with the pregnant women and health professionals of the Basic Health Units of the city of Jataí/GO. Educational materials were created for pregnant women and health professionals, facilitating the transmission of information to the women. Continued health education was also carried out with a focus on prophylaxis and diagnostic serological interpretation of gestational toxoplasmosis to health professionals who work in Primary Health Care. In addition, educational and informational actions were promoted with pregnant women during the consultations explaining the importance of performing prenatal care and hygiene and care habits during pregnancy. These actions promoted the technical-scientific improvement of health professionals on toxoplasmosis, ensuring greater efficiency in preventing the transmission of the disease in pregnant women and helped to prevent congenital toxoplasmosis. In addition to being very important in the academic training of students who will act as doctors in the future, ensuring professional improvement and in relations with patients.

KEYWORDS: Primary Health Care. Disease Prevention. Toxoplasmosis. Congenital Toxoplasmosis.

INTRODUÇÃO

A toxoplasmose é uma antroprotozoose causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii* e possui alta prevalência na população. O parasita é intracelular obrigatório e realiza seu ciclo em duas etapas principais, a sexuada que ocorre nos felídeos, os hospedeiros definitivos do parasita. E a assexuada, que ocorre em hospedeiros intermediários como humanos e os outros animais. A toxoplasmose cursa, na maioria dos casos de forma assintomática. No entanto, pode-se apresentar de forma grave em indivíduos imunossuprimidos e quando há a transmissão congênita da doença, em razão dos danos causados ao desenvolvimento do feto (SHAPIRO et al., 2019).

Nos seres humanos as infecções geralmente resultam de três principais vias de transmissão de *T. gondii*, e incluem ingestão de cistos teciduais presentes em carnes

cruas ou malcozidas, ingestão de oocistos em água ou alimentos contaminados e transmissão transplacentária (Figura 1). Embora os surtos de toxoplasmose estejam principalmente associados a essa última via, a transmissão ambiental por oocistos é a menos estudada (SHAPIRO et al., 2019). Recentemente, foram relatados surtos de toxoplasmose transmitida pela água no Canadá e no Brasil. Nos países desenvolvidos, como nos EUA, os dados epidemiológicos sugerem que o consumo de carne crua ou malcozida é a via de infecção dominante (EGOROV et al., 2018).

A eliminação de oocistos no ambiente está associada ao hospedeiro definitivo (Figura 1). Felídeos (incluindo os gatos domésticos) podem ser infectados com *T. gondii* pela ingestão de cistos teciduais presentes nos tecidos dos hospedeiros intermediários. Após a contaminação dos felídeos, o ciclo assexuado e sexuado do parasita ocorre no intestino delgado desses animais. As recombinações genéticas durante a reprodução sexuada têm o potencial de produzir novas linhagens de *T. gondii* (GÓMEZ-CHÁVEZ et al., 2020). A possibilidade de reinfeção por uma cepa diferente é uma das consequências dessa diversidade genética, levando-se a um novo conceito de que a imunidade contra uma cepa pode não ser completamente protetora contra outra (ROBERT-GANGNEUX; DARDÉ, 2012).

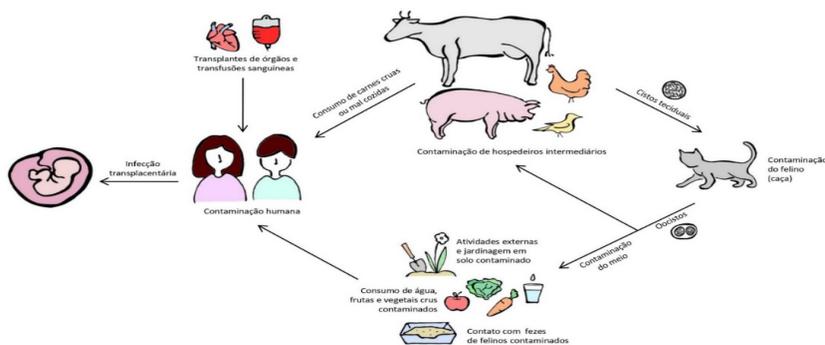


Figura 1. Ciclo Biológico de Transmissão da Toxoplasmose.

Material explicativo elaborado por acadêmicos do curso de Medicina da UFJ para facilitar o entendimento do ciclo da Toxoplasmose.

A presença grande variedade de cepas atípicas de *T. gondii*, como ocorre no Brasil, contribuem para surtos de toxoplasmose e se tornam uma ameaça até para pessoas que já foram expostas ao parasita. Além disso, os genótipos atípicos foram caracterizados como mais virulentos quando comparados com as outras linhagens (SHAPIRO et al., 2019).

A forma congênita da toxoplasmose ocorre em razão da passagem

transplacentária das formas taquizoítas do parasito durante a gestação, alcançando assim, a circulação e os tecidos fetais (GÓMEZ-CHÁVEZ et al., 2020). No primeiro trimestre gestacional as chances de transmissão vertical são menores, porém os danos aos fetos são mais graves resultando em morte do feto no útero ou aborto espontâneo. Já no terceiro trimestre da gestação há maior chance de transmissão, no entanto, os danos aos fetos são menos graves. Sem tratamento, a infecção durante a gestação resulta em doença congênita em cerca de 44% dos casos, ao passo que o tratamento apropriado reduz esse risco para 29% (PEYRON et al., 2015). As infecções que passam despercebidas ao nascimento ou, se não tratadas, causam doença ocular grave (corioretinite) e/ou atraso no desenvolvimento mental, que podem se manifestar até na segunda ou terceira década de vida da criança. A infecção materna no primeiro trimestre de gestação pode causar toxoplasmose congênita grave. Esses casos estão associados com a manifestação clínica denominada Tétrade de Sabin, em que o feto apresenta corioretinite em 90% dos casos; calcificações cerebrais, perturbações neurológicas com retardamento psicomotor e alterações no volume craniano (macro e microcefalia) (GÓMEZ-CHÁVEZ et al., 2020).

Nos últimos anos os surtos de toxoplasmose têm sido um importante problema de saúde no mundo, especialmente no Brasil, e a maioria deles está associada a água ou alimentos (FERREIRA et al., 2018). A via oral é a principal forma de contaminação, uma vez que a maioria das infecções em seres humanos está associada à ingestão de oocistos em água e alimentos contaminados ou via contato com o solo (SHAPIRO et al., 2019). Esse padrão de transmissão é comum em países em desenvolvimento e pode estar associado a vários fatores, incluindo infraestrutura precária para tratamento de água e mananciais, e falta de saneamento básico em diversas regiões. Além disso, uma parte importante da população é desassistida, não possui informações e acesso adequado aos cuidados de saúde. As consequências disso são particularmente evidentes nas populações mais pobres, nas quais observa-se às altas taxas de toxoplasmose congênita (EL-BISSATI et al., 2018; MAREZE et al., 2019).

De 2010 a 2018, 14 surtos foram registrados no Brasil e estavam relacionados principalmente à ingestão de oocistos em alimentos e água contaminados ou à ingestão de cistos teciduais presentes em carnes cruas ou malcozidas (FERREIRA et al., 2018). No surto que ocorreu em 2018 foram mais de 800 casos confirmados sorologicamente e clinicamente de toxoplasmose aguda. Mais de 100 deles eram de gestantes, resultando em 10 abortos e mais de 20 casos de toxoplasmose congênita (SECRETARIA DE SAÚDE/RS, 2018). Apesar disso, a toxoplasmose gestacional e a congênita são condições extremamente negligenciadas. No Brasil, entraram na lista de agravos de notificação compulsória em 2011 (Portaria GM/MS nº 104

de 25/01/2011), porém foram retiradas em 2014 (Portarias GM/MS nº 1.271 de 06/06/2014 e GM/MS nº 1.984 de 12/09/2014) e incluídas, novamente, em 2016 (Portaria GM/MS nº 204 de 17/02/2016) (CAPOBIANGO et al., 2016). Contudo, até maio de 2020, ainda não se tinham registros dessas doenças no Sistema de Agravos de Notificação Compulsória (SINAN) do Ministério da Saúde.

Essa falta de dados sistematizados dificulta a elaboração de um real perfil epidemiológico da toxoplasmose gerando assistência médica educativa, preventiva e curativa deficitárias. A prevenção primária da doença é baseada em programas de educação em saúde pública pelos quais a gestante é orientada a executar medidas preventivas identificando quais os fatores de risco envolvidos com a contaminação por *T. gondii* e desenvolvimento da toxoplasmose durante a gestação. E, para que essas medidas de prevenção sejam efetivadas há necessidade de capacitação e atualização dos profissionais de saúde que atuam na atenção primária acompanhando essas gestantes. Sendo assim, os objetivos desse trabalho foram: a criação de materiais para auxiliar os profissionais de saúde na transmissão de informações às gestantes; promover educação continuada em saúde com enfoque na profilaxia e interpretação sorológica diagnóstica da toxoplasmose gestacional aos profissionais de saúde; promover ações educativas e informativas com as gestantes durante a realização das consultas de pré-natal, além de conscientizá-las da importância da realização do pré-natal e dos hábitos de higiene e cuidados durante o período gestacional.

MÉTODOS

O trabalho foi desenvolvido e executado por uma docente e acadêmicos do curso de Medicina da Universidade Federal de Jataí (UFJ) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), em unidades de atenção primária à saúde - Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Jataí/GO. A primeira etapa consistiu da realização de uma revisão de literatura sobre a toxoplasmose durante a gestação em que foram levantados os principais e mais atuais aspectos da infecção. A partir dessas informações foram elaborados materiais informativos e educativos destinados às gestantes e aos profissionais de saúde que atuam na atenção primária da rede pública do município e que acompanham essas mulheres durante as consultas de pré-natal. Previamente às ações os acadêmicos do curso de medicina foram submetidos a treinamentos, realizados professora coordenadora, abordando aspectos da toxoplasmose gestacional e congênita e a abordagem das gestantes na atenção primária de saúde. O foco das ações foram as gestantes em acompanhamento pré-natal e os profissionais de saúde que atuam na atenção primária e acompanham as gestantes, como médicos, enfermeiros e agentes de saúde. Para isso, enquanto as

gestantes aguardavam a consulta de pré-natal eram ministradas palestras sobre a toxoplasmose, abordando os aspectos gerais da doença, as formas de transmissão do parasito e seu ciclo de vida e como deve ser realizada a prevenção da doença. Foi abordado também a importância de realização do tratamento (quando há indicação médica) de forma completa e correta, além de suprir dúvidas das participantes. Durante essas palestras foram distribuídos materiais educativos desenvolvidos pelos alunos do curso de medicina.

Além das gestantes, foram elaboradas ações que permitiriam trocas de informações entre os profissionais de saúde das UBS, os acadêmicos do curso de Medicina e a professora coordenadora do projeto. Buscou-se fazer isso de forma a não gerar constrangimento para nenhuma das partes, sempre pautando-se nas mesmas noções que regem a Educação em Saúde, isto é, visando a autonomia de ambas as partes, sem desvalorizar os conhecimentos prévios trazidos pelos profissionais. Essas ações consistiram em ministrar palestras abordando o conteúdo, de forma a complementar o conhecimento e sanar dúvidas que poderiam surgir nos profissionais de saúde. Além disso, os materiais produzidos pelos integrantes do projeto foram disponibilizados para os profissionais de saúde das UBS. Às Unidades que solicitaram, também foi ofertado capacitação com os médicos, enfermeiros e agentes de saúde, oferecendo revisão sobre a doença, além de novos conhecimentos, que se somaram ao longo dos últimos anos, sobre a toxoplasmose para o melhor atendimento das gestantes no que diz respeito a transmissão congênita da doença. As ações faziam parte do projeto “A Toxoplasmose Durante a Gravidez” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos – CEP (Parecer do CEP nº 3526623; número do CAAE: 15605119.0.0000.8155) e pelo Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde (COAPES), ambos da Universidade Federal de Jataí (UFJ) e pela Secretaria Municipal de Saúde de Jataí, de Jataí/GO.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Devido a gravidade dos danos causados em recém-nascidos que apresentam a toxoplasmose congênita e a ausência de tratamento 100% efetivo na prevenção da transmissão transplacentária do parasito, a prevenção primária deve ser frequentemente estimulada e aprimorada para o controle da doença. Sendo de suma importância programas de educação em saúde pública pelos quais a gestante é orientada a tomar medidas preventivas, identificando e evitando os fatores de risco envolvidos com a contaminação pelo parasito e desenvolvimento da toxoplasmose durante a gestação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Dessa forma, essas ações foram importantes para a disseminação de informações e auxílio na prevenção da infecção. No Brasil, devido ao status de doença negligenciada, não há uma

sistematização e nem padronização para a condução da toxoplasmose na atenção primária à saúde (SOARES; CALDEIRA, 2019). Estudos demonstram que os hábitos de vida da população interferem na frequência de transmissão da toxoplasmose e ações no sentido de instruir sobre esses hábitos para garantir segurança à gestante tem um impacto positivo na diminuição de casos de transmissão congênita da toxoplasmose (RAJAPASKE et al., 2017). Medidas profiláticas executadas durante a gestação podem diminuir em até 70% a contaminação fetal em mulheres susceptíveis a infecção por *T. gondii* (CDC, 2020). As ações de prevenção na rede pública têm sua importância corroborada por trabalho recente que estabeleceu uma relação direta entre a alta incidência de infecção por *T. gondii* e a vulnerabilidade socioeconômica da população brasileira, demonstrando que a falta de condições de moradia adequada e de hábitos de higiene corretos tornam essas mulheres mais expostas a infecção pelo parasito, e essa exposição ocorre, em grande parte, na idade reprodutiva (MAREZE et al., 2019). Pensando nisso, foi elaborado como parte desse trabalho um panfleto instrutivo e educativo que foi disponibilizado às gestantes e às UBS (Figura 2).

Previna-se!
Cuidado pessoal

- Lave as mãos com água e sabão: antes das refeições, após manusear lixo e após contato com animais
- Use luvas se precisar mexer com terra ou areia



Alimentação

- Coma sempre carnes bem cozidas
- Só beba água filtrada ou fervida
- Evite carnes defumadas e embutidos, como salame, linguiça e salsicha
- Não consuma leite ou derivados crus



Preparo de alimentos

- Limpe mãos e objeto de cozinha após cozinhar
- Não experimente carne crua durante o preparo
- Ferva o leite não pasteurizado por pelo menos 10 minutos
- Proteja os alimentos de moscas, baratas e formigas
- Lave bem as frutas, legumes e verduras



Se houver convívio com gatos

- Não alimente gatos com carne
- Peça para outra pessoa fazer a limpeza diária da caixa de areia
- Evite contato direto com fezes de gatos



Dúvidas? Entre em contato por:
toxoplasmoseufg@gmail.com
Mariana Bodini Angeloni
(professora responsável pelo projeto)

Alunos Integrantes

Alan Franco	João Oliveira
Amanda Rocha	Larissa Junqueira
Amanda Sousa	Leandro Hirata
Amaro Alves	Leticia Lino
Bruno Leotério	Lucas Tavares
Enoque Alves	Luciana Ruivo
Flávio Borges	Mariana Tavares
Fyllipe Roberto	Raissa Venturini
Gabriella Sampaio	Thalia Tibério
Giuliana Marchese	Vitória Moraes
Isabella Lopes	Yasmin Nogueira

Colaboradores






 Secretaria da Saúde

TOXOPLASMOSE NA GRAVIDEZ



O AMOR se mostra
no CUIDAR



Figura 2. Panfleto Educativo sobre Toxoplasmose Gestacional e Congênita

Material informativo e educativo desenvolvido pelos acadêmicos do curso de medicina da UFJ para distribuição às gestantes atendidas nas Unidades Básicas de Saúde.

Embora a maioria das infecções congênitas da toxoplasmose resulte da infecção primária adquirida durante a gravidez, a transmissão transplacentária pode ocorrer em alguns casos de mulheres imunocompetentes e previamente expostas ao parasito, mas que são reinfectedas com uma cepa geneticamente distinta durante a gestação. Aumentar a atenção em relação as medidas primárias de prevenção mesmo em gestantes previamente expostas ao *T. gondii* é de extrema importância, assim como a manutenção de um sistema imune eficiente ao longo da gestação, já que o fato de a gestante já ter passado pela fase aguda da infecção não é garantia de segurança. Outro ponto importante é que o conhecimento das gestantes sobre a doença e os possíveis impactos sobre o feto estimulam a busca por testes e acompanhamento durante a gestação, o que favorece a triagem precoce dos casos de transmissão congênita favorecendo o manejo correto e diminuindo os danos aos recém-nascidos (LANGE et al., 2016).

A execução do projeto foi inicialmente orientada pela enfermeira responsável pela Diretoria de Ações Básicas (Superintendência de Atenção Integral a Saúde) da

Secretaria Municipal de Saúde de Jataí. Na sequência, a SMS enviou as informações básicas sobre o projeto para as enfermeiras responsáveis pelas UBS e as ações eram organizadas previamente com a responsável por cada Unidade. As consultas de pré-natal ocorrem seguindo uma agenda específica em cada UBS e nos dias que elas ocorriam os acadêmicos se dividiam em grupos (3 alunos por grupo) e se deslocavam até as Unidades para execução das ações com os profissionais e com as gestantes.

Em relação às ações envolvendo os profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde, a docente coordenadora do projeto e os acadêmicos do curso de Medicina realizaram treinamentos com os profissionais das UBS. Esses treinamentos consistiram na realização de palestras ou rodas de conversa específicas sobre a toxoplasmose em gestantes e tinham duração de 30 a 90 minutos, dependendo da estrutura local para a realização das mesmas. Participaram dessas ações os profissionais de saúde das UBS do município de Jataí/GO que atendem as gestantes ao longo da gestação e no puerpério, como médicos, enfermeiros e agentes de saúde. Além disso, alguns treinamentos aconteceram em dias previamente definidos pelos profissionais das UBS em que se reuniam médicos e enfermeiros com os integrantes do projeto para troca de informações, questionamentos e experiências sobre a condução da toxoplasmose no período gestacional. Nesses momentos de visita às unidades temas sobre a doença eram discutidos com foco nas dificuldades apresentadas previamente e identificadas nas respostas dos questionários aplicados. Dentre eles: formas de transmissão; possibilidades de recidivas e reinfecções e interpretação sorológica que são os temas que mais costumam causar dúvidas.

Para esses treinamentos com as equipes de saúde foram utilizados artigos científicos, os principais materiais atualizados pelo Ministério da Saúde do Brasil, com enfoque nas novas recomendações sobre a aplicação do teste do pezinho (BRASIL, 2020). Além disso, foram feitas abordagens sobre a possibilidade de reinfecção por cepas distintas do parasito, assunto já difundido no meio científico e ainda não abordado pelos materiais do Ministério da Saúde e a relação disso com o diagnóstico sorológico, principal forma de confirmação da infecção.

A presença de IgM específica ao parasita é uma característica da fase aguda da infecção. A concentração sérica de IgG, que atinge um nível máximo dentro de 2 a 3 meses após a infecção inicial e depois diminui lentamente para um nível residual, é característica da fase latente da infecção. Uma combinação de detecção de IgG e IgM é usada para diferenciar as fases de infecção aguda e latente em contextos de diagnóstico (ROBERT-GANGNEUX; DARDÉ, 2012). A detecção de IgG positiva durante gravidez é muito útil, mas em alguns casos pode levar a uma avaliação subestimada quando uma reinfecção pode ocorrer, causando danos graves nos casos de transmissão congênita da doença (GIUGNO et al., 2020). Vários estudos já demonstraram casos de reinfecção cepas atípicas acarretando em casos graves de

toxoplasmose congênita (ELBEZ-RUBINSTEIN et al., 2009). Valdes e colaboradores (2011) apresentaram um caso de transmissão congênita de toxoplasmose em um bebê nascido de mãe imunocompetente e que havia apresentado toxoplasmose antes da gravidez. Foi demonstrado que a mãe estava contaminada com uma cepa atípica do parasita, portanto, diferente da primeira que a havia infectado. Esses resultados confirmam que a presença de anticorpos IgG específicos para o parasito nem sempre significa uma proteção absoluta contra infecção por uma nova cepa de *T. gondii*. Outros dois casos foram apresentados em duas crianças com manifestações oculares graves de toxoplasmose congênita, mesmo as mães de cada uma delas já tendo sido infectadas pelo parasita antes das concepções. Elas eram consideradas imunes ao parasito e eram imunocompetentes, excluindo a possibilidade de reativação da toxoplasmose por imunossupressão (GIUGNO et al., 2020).

Baseado nessas informações e nas frequentes dúvidas identificadas durante as ações, em relação a interpretação da sorologia para o diagnóstico da toxoplasmose durante a gestação e pelo desconhecimento sobre a possibilidade de reinfecção, foi elaborado um fluxograma de diagnóstico e manejo da toxoplasmose durante a gestação (Figura 3), para disponibilização nas UBS do município. Esse novo fluxograma facilita a conduta dos profissionais de saúde que atuam na assistência pré-natal além de considerar a possibilidade de reinfecções e garantir uma assistência à gestante mais completa e segura.

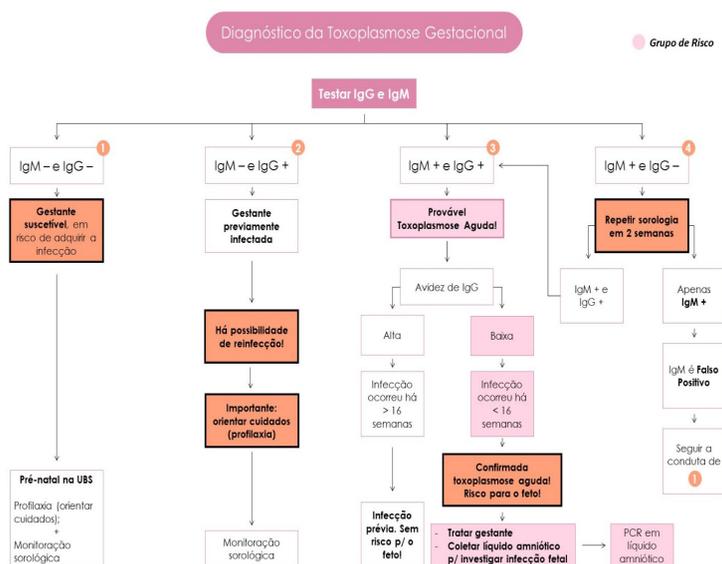


Figura 3. Fluxograma para o Diagnóstico da Toxoplasmose durante a Gestação. Elaboração de um fluxograma destinado aos profissionais de saúde para interpretação dos resultados da sorologia para toxoplasmose e manejo em gestantes, incluindo as possibilidades de reinfecção.

A questão da reinfecção é um achado relativamente recente e, por isso, ainda pouco difundida nos ambientes de saúde. O próprio manual do Ministério da Saúde, publicado em 2019, desconsidera que gestantes com sorologia que confirma infecção materna prévia (IgG positivo) deve ser instruída quanto à possibilidade de reinfecção e sobre a necessidade de prevenção nesses casos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). É importante considerar que os profissionais utilizam as cartilhas do Ministério da Saúde como forma de atualização sobre a doença. Nesse contexto, enfatiza-se a importância de programas de prevenção primária para a toxoplasmose, garantindo à aplicação pelos profissionais de saúde de diversas estratégias de prevenção durante o período gestacional. Estudos demonstram que as orientações feitas por esses profissionais são muito eficazes e até mais importantes que as orientações impressas (revistas, cartazes, jornais), para promover a mudança de comportamento de risco para a toxoplasmose (LOPES-MORI et al., 2011; CÂMARA et al., 2015). Dessa forma, é de fundamental importância que os profissionais da área da saúde possam se capacitar constantemente quanto às medidas de prevenção a fim de orientar as gestantes corretamente. Países com alta prevalência de toxoplasmose congênita, como a França por exemplo, instituíram e obtiveram sucesso em programas de prevenção primária de saúde (LOPES-MORI et al., 2011).

Em termos de resultados efetivos, entende-se que essas ações de extensão promoveram melhorias na prevenção primária da toxoplasmose gestacional e congênita nas UBS do município em que as ações aconteceram. Dados demonstram que medidas profiláticas executadas durante a gestação podem diminuir em até 70% a contaminação fetal em mulheres susceptíveis a infecção por *T. gondii* (PAWLOWSKI et al., 2001). Resultados de uma pesquisa brasileira concluiu que a falta de informações sobre a doença foi o fator mais relevante para a alta soroprevalência da toxoplasmose devido a maior transmissão da doença, comprovando que as campanhas de sensibilização devem ser realizadas para evitar o aumento de toxoplasmose (NASCIMENTO et al., 2017). Outros trabalhos realizados também no Brasil demonstraram que a maioria das gestantes consultadas não receberam orientações sobre a doença durante o pré-natal e que o desconhecimento dessas gestantes sobre a toxoplasmose reflete a falta de orientações vindas dos profissionais de saúde durante as consultas. Essa falta de orientações favorece a manutenção de hábitos de vida que estão associados com a infecção pelo parasito causador da doença (CARDOSO et al., 2018; MOURA et al., 2018).

Outro aspecto que corrobora com a importância da prevenção da toxoplasmose é que o tratamento disponível para a doença não é totalmente eficaz para evitar a transmissão transplacentária do parasito e é composto por medicamentos com efeitos teratogênicos. Além disso, é importante ressaltar que atualmente não há tratamento para a fase crônica da doença (RAJAPASKE et al., 2017).

De acordo com COSTA et al. (2017), a assistência pré-natal no Brasil precisa ser reformulada quanto a treinamentos das equipes de saúde que promovem assistência às gestantes no sentido de conhecer melhor a toxoplasmose e repassar informações para essas mulheres de forma clara e fácil compreensão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essas ações devem ser reconhecidas como de fundamental importância, pois mesmo com a existência de grande quantidade de informações a toxoplasmose ainda é uma doença negligenciada no Brasil e com grande impacto na saúde pública. Muito tem sido feito no sentido de tentar mudar esse quadro e é com base nisso que as ações desenvolvidas por meio do projeto “Toxoplasmose Durante a Gestação”, da Universidade Federal de Jataí (UFJ), trazem impactos favoráveis para mudar a realidade de como a doença é conduzida no país. Essa mudança atinge tanto os atuais e futuros profissionais de saúde quanto a comunidade atendida por eles. Além disso, as ações atenção primária contribuem ao estimular iniciativa e manutenção de práticas profiláticas, além de fornecer maior esclarecimento do público-alvo quanto à infecção e suas consequências para a saúde da grávida e do feto.

Em suma, essas ações visam contribuir para o fortalecimento do SUS promovendo educação continuada e conscientização sobre a toxoplasmose na gestação. Ofertando informações sobre as novas pesquisas e informações mais recentes sobre a doença, que normalmente ficam apenas concentrada nos ambientes acadêmicos. Além de serem de fundamental importância para a capacitação dos discentes participantes, uma vez que são os futuros profissionais de saúde e atuarão de maneira capacitada no decorrer de suas carreiras médicas, com foco especial às gestantes e à toxoplasmose.

REFERÊNCIAS

CÂMARA, J. T.; SILVA, M. G.; CASTRO, A. M. Prevalência de toxoplasmose em gestantes atendidas em dois centros de referência em uma cidade do Nordeste, Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 64-70, fev. 2015

CAPOBIANGO, J. D.; BREGANÓ, R. M.; MORI, F. M. R. L.; Navarro, I. T.; CAMPOS, J. S. A.; TATAKIARA, L. T.; TALIZIN, T. B.; SANTOS, M.; PEREIRA, T. R. G.; NARCISO, S. G.; REICHE, E. M. V. Toxoplasmose adquirida na gestação e toxoplasmose congênita: uma abordagem prática na notificação da doença. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 187-194, jan-mar. 2016.

CARDOSO, A. C. G.; SANTOS, A. N.; GUIMARÃES, J. U.; POMPEU, H. H. F. A.; COELHO, E. C. S.; JUNIOR, A. M. F.; CUNHA, C. C. C.; SILVA, F. R.; SANTOS, V. O.; BRABO, R. C. G.; MIRANDA, R. J. P. Tecnologia Educacional sobre toxoplasmose para gestantes do pré-natal de alto risco. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Campinas, v. 11, n.1, p. 1-10, dez. 2018.

CENTERS OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). United States of America. Department of Health and Human Services. Parasites – Toxoplasmosis (*Toxoplasma* infection). Atlanta: CDC. 2018. Disponível em: <https://www.cdc.gov/parasites/toxoplasmosis/>. Acesso em: 23 jun. 2020.

COSTA, A. C.; SILVA, E. G.; ROCHA, M. G.; DOMINGUES, R. J. S.; SANTOS, S. N.; BICHARA, C. N. C. Conhecimento sobre a toxoplasmose e associação com os fatores de risco pelas parturientes de um hospital de referência materno-infantil. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, Caçador, v. 6, n. 1, p. 50-60, set. 2017.

EGOROV, A. I.; CONVERSE, R.; GRIFFIN, S. M.; STYLES, J.; KLEIN, E.; SAMS, E.; HUDGENS, E.; WADE, T. J. Environmental risk factors for *Toxoplasma gondii* infections and the impact of latent infections on allostatic load in residents of Central North Carolina. **BMC Infectious Disease**, Londres, v. 18, n. 1, p. 421, ago. 2018.

ELBEZ-RUBINSTEIN A.; AJZEMBERG, D.; DARDÈ, M. L.; COHEN, R.; DUMÈTRE, A.; YERA, H.; GONDON, E.; JANAUD, J. C.; THULLIEZ, P. Congenital toxoplasmosis and reinfection during pregnancy: case report, strain characterization, experimental model of reinfection, and review. **The Journal of Infectious Disease**, Chicago, v. 199, n. 2, p.280–285, jan. 2009.

EL BISSATI, K.; LEVIGNE, P.; LYKINS, J.; ADLAOUI, E.; BARKAT, A.; BERRAHO, A.; LABOUD, M.; MANSOURI, B. E.; IBRAHIMI, A.; RHAJAOU, M.; QUINN, F.; MURUGESAN, M.; SEGHEROUCHNI, H.; GÓMEZ-MARIN, J. E.; PEURON, F.; MCLEOD, R. Global initiative for congenital toxoplasmosis: an observational and international comparative clinical analysis. **Emerging Microbes and Infections**, Nova Iorque, v. 7, n. 1, p. 165, set. 2018.

FERREIRA, F. P.; CALDART, E. T.; FREIRE, R. L.; MITSUKA-BREGANO, R.; DE FREITAS, F. M.; MIURA, A. C.; MAREZE, M.; MARTINS, F. D. C.; URBANO, M. R.; SEIFERT, A. L.; NAVARRO, I. T. The effect of water source and soil supplementation on parasite contamination in organic vegetable gardens. **Revista Brasileira de Parasitologia Veterinária**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 327–337, jul-set. 2018.

GIUGNO, S.; MONTELEONE, M. M.; INSALACO, G.; LEANZA, G.; PALUMBO, M.; LEANZA, V. Congenital toxoplasmotic chorioretinitis following reinfection. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, Irlanda, S0301-2115(20)30230-X, abr. 2020.

GÓMEZ-CHÁVEZ, F.; CAÑEDO-SOLARES, I.; ORTIZ-ALEGRÍA, L. B.; FLORES-GARCÍA, Y.; FIGUEROA-DAMIÁN, R.; LUNA-PASTÉN, H.; GÓMEZ-TOSCANO, V.; LÓPEZ-CANDIANI, C.; ARCE-ESTRADA, G. E.; BONILLA-RÍOS, C. A.; MORA-GONZÁLEZ, J. C.; GARCIA-RUIZ, R.; CORREA, D. A Proinflammatory Immune Response Might Determine *Toxoplasma gondii* Vertical Transmission and Severity of Clinical Features in Congenitally Infected Newborns. **Frontiers in Immunology**, Suíça, v. 13, n. 11, p. 390, mar. 2020.

LANGE, A. E.; THYRIAN, J. R.; WETZKA, S.; FLESSA, S.; HOFFMAN, W.; ZYGMUNT, M.; FUSCH, C.; LODE, H. N.; HECKMANN, M. The impact of socioeconomic factors on the efficiency of voluntary toxoplasmosis screening during pregnancy: a population-based study. **Biomed Central Pregnancy and Childbirth**, Londres, v. 16, n. 1, p. 197, jul. 2016.

LOPES-MORI, F. M. R.; MITSUKA-BREGANÓ, R.; CAPOBIANGO, J. D.; INOUE, I. T.; REICHE, E. M. V.; MARIMOTO, H. K.; CASELLA, A. M. B.; BITTENCOURT, L. H. F. B.; FREIRE, R. L.; NAVARRO, I. T. Programas de Controle da Toxoplasmose Congênita. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 57, n. 5, p. 594-599, set-out. 2011.

MAREZE, M.; BENITEZ, A. N.; BRANDÃO, A. P. D.; PINTO-FERREIRA, F.; MIURA, A. C.; MARTINS, F. D. C.; CALDART, E. T.; BIONDO, A. W.; FREIRE, R. L.; MITSUKA-BREGANÓ, R.; NAVARRO, I. T. N. Socioeconomic vulnerability associated to *Toxoplasma gondii* exposure in southern Brazil. **Plos One**, São Francisco, v. 14, n. 2: e0212375, fev. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). **Protocolo de Notificação e Investigação: Toxoplasmose gestacional e congênita. Secretaria de Vigilância em Saúde.** Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Ministério da Saúde, Brasília, 2019. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_notificacao_investigacao_toxoplasmose_gestacional_congenita.pdf. Acesso em: 02 jun. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). **Portaria nº7, de 04 de março de 2020: Ampliação do uso do teste do pezinho para detecção da toxoplasmose congênita no âmbito do SUS.** Diário Oficial da União. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/noticias/agencia-saude/46496-sus-ofertara-exame-de-toxoplasmose-para-bebes>. Acesso em 02 jul. 2020.

MOURA, D. S.; OLIVEIRA, R. C. M.; MATOS-ROCHA, T. J. Toxoplasmose gestacional: perfil epidemiológico e conhecimento das gestantes atendidas na unidade básica de saúde de um município alagoano. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, São Paulo, v. 63, n. 2, p. 69-76, jun. 2018.

NASCIMENTO, T. L.; PACHECO, C. M.; SOUSA, F. F. Prevalência de *Toxoplasma gondii* em gestantes atendidas pelo Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde**, Rio Grande do Sul, v. 10, n. 2, p. 96-101, abr-jun. 2017.

PAWLOWSKI, Z. S.; GROMADECKA-SUTKIEWICZ, M.; SKOMMER, J.; PAUL, M.; ROKOSSOWSKI, H.; SUCHOCKA, E.; SCHANTZ, P. M. Impact of health education on knowledge and prevention behavior for congenital toxoplasmosis: the experience in Poznan. **Poland Health Education Research**, Londres, v. 16, n. 4, p. 493-502, ago. 2001.

PEYRON, F.; WALLON, M.; KIEFFER, F.; GARWEG, J.; TOXOPLASMOSIS. IN: Remington and Klein's **Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant**. 8. ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2015. p. 949-1042.

RAJAPAKSE, S.; WEERATUNGA, P.; RODRIGO, C.; DE SILVA, N.L.; FERNANDO, S.D. Prophylaxis of human toxoplasmosis: a systematic review. **Pathogens and Global Health**, Londres, v. 111, n.7, p. 333-342, out. 2017.

ROBERT-GANGNEUX, F.; DARDÉ, M. L. Epidemiology of and diagnostic strategies for toxoplasmosis. **Clinical Microbiology Reviews**, Washington, v. 25, n. 2, p. 264–296, abr. 2012.

SHAPIRO, K.; BAHIA-OLIVEIRA, L.; DIXON, B.; DUMÈTRE, A.; WIT, L. A.; VANWOMER, E.; VILLENA, I. Environmental transmission of *Toxoplasma gondii*: Oocysts in water, soil and food. **Food and Waterborne Parasitology**, Suíça, v. 15:e00049, abr. 2019.

SECRETARIA DE SAÚDE (RS). **Relatório de atualização de investigação de surto.** Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Rio Grande do Sul, 2018. Disponível em: <https://cevs.rs.gov.br/prefeitura-e-governo-do-estado-atualizam-dados-referentes-aos-casos-de-toxoplasmose-nacidade>. Acesso em 02 jul. 2020.

SOARES, J. A. S.; CALDEIRA, A. P. Congenital toxoplasmosis: the challenge of early diagnosis of a complex and neglected disease. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Rio de Janeiro, v. 52, p. 1-3, 2019.

VALDÈS, V.; LEGAGNEUR, H.; WATRIN, V.; PARIS, L.; HASCOET, J. M. Congenital toxoplasmosis due to maternal reinfection during pregnancy. **Archives de Pédiatrie**, Paris, v. 18, n. 7, p. 761-763, jul. 2001.

CAPÍTULO 15

ANÁLISE DA IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PREVENÇÃO E CONTRÔLE DA DOENÇA DE CHAGAS

Data de aceite: 01/09/2020

Data de submissão: 08/07/2020

Helena Nathália Silva Melo

Universidade Federal do Vale do São Francisco
(UNIVASF), Campus Paulo Afonso-BA
Paulo Afonso, Bahia
<http://lattes.cnpq.br/8010463309880477>

Amanda Cirilo de Oliveira

Universidade Federal do Vale do São Francisco
(UNIVASF), Campus Paulo Afonso-BA
Paulo Afonso, Bahia
<http://lattes.cnpq.br/7965490775451362>

Igor Gabriel Meneses Lima

Universidade Federal do Vale do São Francisco
(UNIVASF), Campus Paulo Afonso-BA
Paulo Afonso, Bahia
<http://lattes.cnpq.br/2350308905236262>

Diogo Vilar da Fonsêca

Universidade Federal do Vale do São Francisco
(UNIVASF), Campus Paulo Afonso-BA
Paulo Afonso, Bahia
<http://lattes.cnpq.br/2270826428901481>

Anekécia Lauro da Silva

Universidade Federal do Vale do São Francisco
(UNIVASF), Campus Paulo Afonso-BA
Paulo Afonso, Bahia
<http://lattes.cnpq.br/3271027018664540>

RESUMO: A Doença de Chagas é transmitida pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*, sendo um grave problema de saúde pública. Visto que esta é uma

importante causa de morte súbita e invalidez, é evidente a necessidade de um rastreio prematuro da doença, visto que há tratamento adequado na fase aguda. Este estudo objetivou avaliar uma possível correlação entre as ações de vigilância entomológica e a cobertura assistencial em saúde, em nível de Atenção Primária à Saúde, como mecanismos de prevenção e controle da Doença de Chagas. Construiu-se o presente trabalho a partir de uma revisão integrativa da literatura científica, a partir das seguintes bases de dados: PubMed, LILACs, SciELO, MEDLINE e ScienceDirect. Utilizou-se a combinação dos descritores “Doença de Chagas”, “Prevenção & Controle” e “Atenção Primária à Saúde”, assim como seus correspondentes em língua inglesa, sendo selecionados artigos de língua inglesa e portuguesa, dos anos entre 2010 e 2020, realizados em cidades brasileiras, que fossem relevantes para o objetivo deste trabalho. A análise e interpretação dos resultados foi orientada a partir da análise do conteúdo temático. A partir dos descritores supracitados, foram encontrados 79 artigos, dos quais após a utilização dos critérios de seleção, foram 9 selecionados. Foi observado, pois, uma concentração nas bases de dados SCIELO (77,78%) e LILACS (22,22%), dos quais 44,44% são dos últimos 5 anos. Em relação ao título, 77,78% dos artigos abordam a doença explicitamente, sendo a maioria referente à Região Sudeste (66,67%), e os demais no Nordeste (22,22%) e no Centro-Oeste/DF (11,11%). A doença de Chagas atinge populações de maior vulnerabilidade social, que não possuem acesso adequado aos serviços de saúde, o que aumenta a sua morbimortalidade

pela doença. Portanto, a Atenção Primária a Saúde aparece como um mecanismo de controle e prevenção da doença, por meio da criação de protocolos diagnósticos e terapêuticos adequados.

PALAVRAS-CHAVE: Doença de Chagas; Prevenção & Controle e Atenção Primária à Saúde.

ANALYSIS OF THE IMPORTANCE OF PRIMARY HEALTH CARE IN THE PREVENTION AND CONTROL OF CHAGAS DISEASE

ABSTRACT: Chagas disease is transmitted by the protozoan *Trypanosoma cruzi*, being a serious public health problem. Since it is an important cause of sudden death and disability, the need for premature screening is evident, since there is adequate treatment in the acute phase. This study aimed to evaluate a possible correlation between entomological surveillance actions and health care coverage, at the level of Primary Health Care, as mechanisms for the prevention and control of Chagas disease. The present work was built from an integrative review of the scientific literature, based on the following databases: PubMed, LILACs, SciELO, MEDLINE and ScienceDirect. A combination of the descriptors “Chagas’ Disease”, “Prevention & Control” and “Primary Health Care” was used, as well as their portuguese language correspondents, with articles in english and portuguese, between the years of 2010 and 2020, selected among brazilian cities that are relevant to the objective of this work. The analysis and interpretation of the results was guided by the analysis of the thematic content. From the aforementioned descriptors, 79 articles were found, of which, after using the selection criteria, 9 were selected. Therefore, a concentration was observed in the SCIELO (77.78%) and LILACS (22.22%) databases, of which 44.44% are from the last 5 years. Regarding the title, 77.78% of the articles address the disease explicitly, the majority referring to the Southeast Region (66.67%), and the others to the Northeast (22.22%) and the Center-West / DF (11,11%). Chagas’ disease affects populations of greater social vulnerability, who do not have adequate access to health services, which increases their morbidity and mortality from the disease. Therefore, Primary Health Care appears as a disease control and prevention mechanism, through the creation of adequate diagnostic and therapeutic protocols.

KEYWORDS: Chagas Disease; Prevention & Control and Primary Health Care.

1 | INTRODUÇÃO

A Doença de Chagas (DC) é causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*. É considerada uma doença tropical negligenciada e um grave problema de saúde pública (MARTINS et al., 2014). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a DC afeta entre 6 e 7 milhões de pessoas no mundo (WHO, 2020).

Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (2020), a magnitude dessa doença é inquestionável e estima-se, no Brasil, uma prevalência de 4,2%, o que corresponde a 4,6 milhões de indivíduos infectados pelo *Trypanosoma*. Em

relação a mortalidade, entre 2007 e 2017 foram registradas 51.293 mortes no país, significando uma média anual de 4.663 mortes, o que supera a média anual da tuberculose e hepatites. Esses dados podem ser maiores quando se considera, além da causa básica, as causas associadas (BRASIL, 2020, p.15).

Essa patologia pode ser transmitida de formas distintas e dividida em primária e secundária. A primária é por insetos hematófagos do gênero *Triatoma*, *Panstrongylus* e *Rhodnius* conhecidos como barbeiros. Entretanto, ainda existem as formas secundárias que são orais, congênita, transfusionais, transplante de órgãos e acidentes de laboratório (MUÑOS-SARAIVA, 2010; DIAS et al., 2011). No período de 2007 a 2019 foram registrados 3.060 casos com uma média anual de 222 casos, sendo a forma de transmissão mais notificada a oral. Apesar das taxas de notificação de transmissão e disseminação, pode-se observar uma redução na incidência (BRASIL, 2020).

A doença tem diversas apresentações clínicas e pode ser subdividida em duas fases: aguda e crônica. A fase aguda ocorre depois da exposição ao parasita e após o período de incubação de 1 a 2 semanas, apresentando-se clinicamente com síndrome febril prolongada relacionada à elevada parasitemia associada à cefaleia, chagoma de inoculação, exantema, sinal de Romaña, adenomegalias, cardiopatia aguda e hepatoesplenomegalia. Entretanto, essa mesma fase pode ser assintomática ou oligossintomática e com mortalidade considerada baixa. Já a fase crônica pode ser cardíaca e/ou digestiva. A cardiomiopatia da DC representa a principal causa de cardiomiopatia não isquêmica da América Latina e uma das maiores causas de insuficiência cardíaca e morte súbita. Assim, essa fase associa-se a maior gravidade, mortalidade e morbidade. (PEREIRA; NAVARRO, 2013; BRASIL, 2018 e 2020)

O diagnóstico da DC requer confirmação laboratorial e deve ser realizado em todos casos suspeitos, tanto na fase aguda quanto na fase crônica. Na fase aguda, utiliza-se o exame parasitológico direto e não se recomenda o teste sorológico, entretanto podem ser realizados se houver forte suspeita clínica e o exame da pesquisa direta permanecer negativo. Já na fase crônica, o diagnóstico é essencialmente sorológico, sendo os mais utilizados ELISA (Ensaio imunoenzimático), Imunofluorescência Indireta (IFI), e a Hemaglutinação Indireta (HAI) (BRASIL, 2013 e 2018).

Os fármacos existentes para o tratamento da DC são eficazes apenas nas fases iniciais da doença. Na fase crônica, as intervenções devem ser realizadas de acordo com o perfil do paciente e a forma da doença, ou seja, crianças e jovens na fase crônica indeterminada devem receber os antiparasitários pela chance de negatificação sorológica. Outro grupo que se beneficia do uso desses medicamentos são mulheres em idade fértil, pois diminui-se a chance de transmissão congênita.

Além disso, existe a abordagem terapêutica das complicações que é direcionada a condição clínica cardíaca, digestiva e cardiodigestiva (BRASIL, 2018).

Nesse contexto, é de extrema importância a atenção primária para o diagnóstico precoce, controle e prevenção. A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS) e considerada um componente chave da assistência ao cuidado. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma ferramenta do Ministério da Saúde para reorganizar a atenção primária e priorizar ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, de forma integral e continuada (RODRIGUES et al., 2015, OLIVEIRA e PEREIRA, 2013). Diante disso, o II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas (2015) reafirma a importância da APS na notificação, vigilância entomológica, detecção precoce, tratamento, referenciamento de casos graves, prevenção primária e secundária.

Portanto, este estudo objetivou avaliar, por meio de uma revisão integrativa da literatura, a relevância da cobertura assistencial em saúde, a partir da Atenção Primária à Saúde (APS), como mecanismo de prevenção e controle da Doença de Chagas (DC).

2 | METODOLOGIA

Este estudo representa uma revisão integrativa, objetivando analisar a importância de ações envolvendo a Atenção Primária à Saúde (APS), na prevenção e controle da Doença de Chagas (DC). As buscas foram realizadas no período de 07 de junho de 2020 e 04 de julho de 2020, em que foram utilizadas as bases de dados PubMed, LILACs, SciELO, MEDLINE e ScienceDirect.

As palavras-chave utilizadas como descritores foram “Doença de Chagas”, “Prevenção & Controle” e “Atenção Primária à Saúde” e suas correspondentes na língua inglesa, “Chagas Disease”, “Prevention & Control” e “Primary Health Care”, respectivamente. A combinação dos descritores escolhida para o objetivo do estudo foi: “Doença de Chagas” AND “Prevenção & Controle”; “Doença de Chagas” AND “Atenção Primária à Saúde” e “Doença de Chagas” AND “Prevenção & Controle” AND “Atenção Primária à Saúde”.

Utilizou-se como critério de inclusão ao estudo, artigos publicados em língua portuguesa e inglesa, realizadas em cidades brasileiras, no período entre 2010 e 2020, com originalidade, disponibilidade gratuita e que fossem relevantes para o objetivo do estudo. Dessa forma, somando-se os achados de toda a pesquisa nas bases de dados referidas, foram identificados 79 artigos relacionados ao tema em que verificou-se o enquadramento de 42 nos critérios “disponibilidade gratuita” e “realizadas em cidades brasileiras”.

Em seguida, foi observado a repetição de artigos nas diferentes bases de dados

e outros que não preenchiam os critérios de inclusão previamente estabelecidos, portanto, imediatamente excluídos. Como resultado, foi realizada leitura exploratória e seletiva para escolha do material que enquadrou-se aos objetivos e tema deste estudo, resultando, portanto, em 9 artigos selecionados. Por fim, foi realizada a análise e interpretação dos resultados para a redação para formulação deste artigo.

A análise e interpretação dos resultados tiveram como objetivo principal a exploração do conjunto de opiniões sobre o tema investigado, sendo orientada pela análise do conteúdo temático (MINAYO, 2016). Essa foi feita obedecendo a algumas etapas: seleção do material, obedecendo os critérios dispostos acima; organização do material, registrando sempre a pergunta feita tópico ou variável observada, separando por relevância o que será utilizado pela análise.

Desse modo, foi realizada uma leitura e exploração crítica do material, buscando explicações para resultados conflitantes nos estudos (MENDES et al., 2008). Por fim, a redação foi composta pelo consenso da análise de dados pelo pesquisador sobre todos os temas avaliados. Vale ressaltar que o referencial teórico, os pressupostos e as questões de pesquisa funcionam como norteadores no momento da análise (SILVA et al., 2018).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após uma criteriosa análise, baseada nos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos anteriormente, incluíram-se 9 artigos neste estudo, dos quais as principais informações observadas relacionam-se à identificação e ao conteúdo veiculados. Parte destes dados foram sintetizados e apresentados por meio do **Quadro 1**:

Base de dados	Título	Periódico/Ano	Autores	País/Região
SCIELO	Distribuição espacial da doença de Chagas e sua correlação com os serviços de saúde	Revista da escola de Enfermagem da USP/ 2019	CARDOSO, Luana Pastana et al.	Brasil/Sudeste
SCIELO	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas	Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]/2016	Dias, João Carlos Pinto et al.	Brasil/Centro-Oeste/ Distrito Federal-DF
SCIELO	Causas múltiplas de morte relacionadas à doença de Chagas no Brasil, 1999 a 2007	Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical/2012	MARTINS-MELO, Francisco Rogerlândio et al.	Brasil/Sudeste

SCIELO	Doença de Chagas no Estado de Pernambuco, Brasil: análise de séries históricas das internações e da mortalidade	Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical/2011	BRAZ, Suellen Carvalho de Moura et al.	Brasil/ Nordeste
SCIELO	Mecanismos alternativos de transmissão do <i>Trypanosoma cruzi</i> no Brasil e sugestões para sua prevenção	Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical/2011	DIAS, João Carlos Pinto; AMATO NETO, Vicente; LUNA, Expedito José de Albuquerque.	Brasil/ Sudeste
SCIELO	Prevenção referente às modalidades alternativas de transmissão do <i>Trypanosoma cruzi</i> no Brasil	Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical/2011	DIAS, João Carlos Pinto; AMATO NETO, Vicente.	Brasil/ Sudeste
SCIELO	Agentes comunitários de saúde: percepção sobre os serviços de saúde relacionados à doença de Chagas	Cadernos de Saúde Pública/2020	RODRIGUES, Fernanda Cristina Santos et al.	Brasil/ Sudeste
LILACS	Avaliação do conhecimento acerca do manejo clínico de portadores da Doença de Chagas em região endêmica no Brasil	Revista de APS/2018	FERREIRA, Ariela Mota et al.	Brasil/ Sudeste
LILACS	Avaliação clínica na atenção primária e infectologia dos pacientes com doença de chagas na forma crônica	Revista Baiana de Saúde Pública/2013	SILVA, Hugo Carvalho et al.	Brasil/ Nordeste

Quadro 1 - Distribuição dos artigos por identificação (base de dados, título, periódico, ano, autores, país e região).

Observa-se, diante dos resultados apresentados, as procedências concentradas nas bases de dados SCIELO (77,78%) e LILACS (22,22%) apenas. Em relação ao período de publicação, 44,44% são dos últimos 5 anos, em comparação a 55,56% anteriores a 2015. Nos títulos, 77,78% dos artigos abordam a Doença de Chagas explicitamente, enquanto 22,22% referem-se à etiologia, além de outras questões relevantes, como distribuição da doença, mortalidade, manejo clínico, prevenção, detecção e articulação com os serviços de saúde. Quanto às localidades dos estudos, todos são brasileiros, a maioria ocorreu na Região Sudeste (66,67%), em cidades como São Paulo e Rio de Janeiro, e os demais no Nordeste (22,22%) e no Centro-Oeste/DF (11,11%).

Ao analisar os conteúdos, a maior parte dos trabalhos, metodologicamente, possuem caráter epidemiológico (66,67%), como estudos de base populacional, descritivos e ecológico longitudinal com abordagem quantitativa, porém há

metodologias baseadas em revisões da literatura (33,33%) que auxiliam no levantamento de informações pertinentes à Doença de Chagas. Nesse sentido, as distintas abordagens metodológicas e objetivos traçados por cada trabalho conferem uma diversidade de resultados, porém centrados na articulação das ações de diligência, sugerindo, inclusive, interferência da assistência em saúde na história natural da DC. Embora parcela dos artigos não possuísse objetivo principal de compreender a Atenção Primária à Saúde (APS) como agente de prevenção e controle da DC, essa questão surgiu nos resultados, discussão ou conclusão, principalmente ao analisar as medidas preventivas eficazes e os obstáculos ao diagnóstico precoce da doença, o que abre precedente ao presente estudo, justificando-o.

Após a revisão analítica dos artigos na íntegra, manteve-se àqueles que sugerem a cobertura assistencial em saúde a nível primário como importante fator de cuidado e controle da Doença de Chagas, sobretudo em regiões endêmicas. Desse modo, é possível categorizar as contribuições dos artigos, a fim de construir uma análise discursiva pertinente: A Doença de Chagas como grave problema de saúde pública, desafios ao controle e prevenção da DC e a Atenção Primária à Saúde (APS) como norteador do cuidado à DC.

3.1 A Doença de Chagas como grave problema de saúde pública

A Doença de Chagas (DC) representa um acometimento em saúde de caráter infeccioso compreendida como enfermidade crônica negligenciada, cujo processo de determinação social é um importante fator de continuidade aos ciclos de adoecimento, principalmente, em regiões mais pobres (BRASIL, 2019). Nesse sentido, o trabalho de Dias et al. (2015), como um consenso entre especialidades e o Ministério da Saúde do Brasil, discorre extensivamente acerca das causas e efeitos da DC, sobremaneira em relação à etiologia, epidemiologia, diagnóstico, terapia, prevenção e controle.

Esse panorama está presente, ao menos introdutoriamente, em todos os artigos analisados. No entanto, especialmente no trabalho de Martins-Melo et al. (2012), a compreensão acerca da mortalidade da DC no Brasil evidencia o caráter preocupante dessa doença, que ainda representa uma ameaça às comunidades vulneráveis. Como resultado, destaca-se que, no Brasil, de 1999 a 2007, houve 53.930 mortes por DC como causa principal, 44.543 como razão subjacente e 9.387 como associada. Outro importante achado corresponde a associação da DC com outras enfermidades crônicas, sobretudo doenças cardiovasculares, o que descortina a importância do diagnóstico precoce e a busca efetiva pela etiologia.

Além disso, o artigo de Braz et al. (2011) também retrata a mortalidade advinda da DC, especificamente no estado de Pernambuco, ressaltando a

histórica subnotificação e a associação desse processo com falhas na prevenção. Percebeu-se, ao interpolar as informações acerca das internações e óbitos, taxas de mortalidade superiores às de internações, entre 1995 e 2007, no Brasil e em PE, exceto em 2003. Esse cenário ressalta as dificuldades em termos de gestão pública em saúde, uma vez que trata-se de uma doença de evolução lenta e com maiores índices de transmissão no interior, onde a cobertura assistencial tende a ser deficitária.

3.2 Desafios ao controle e à prevenção da Doença de Chagas

As ações de prevenção consistem no impedimento ao surgimento e propagação de doenças, a partir da concepção epidemiológica e no estabelecimento de metas e intervenções capazes de dirimir a prevalência e incidência das enfermidades sobre uma população (CZERESNIA; FREITAS, 2017). Em relação a doenças transmitidas por vetores, esse paradigma está associado ao processo de controle, que atua no mapeamento, delimitação e suporte aos adoecimentos. No caso, a articulação com ações de vigilância em saúde, como controle de vetores e notificação, é imprescindível (TAUIL, 2002).

Cardoso et al. (2019) discutem a distribuição da Doença de Chagas Aguda (DCA) no município de Abaetetuba-PA e sua correlação com os níveis de atenção à saúde, conferindo resultados diversos entre as regiões da cidade e a concentração de diagnósticos e acompanhamento em centros de referência ao invés da Atenção Básica (AB). Esse cenário está associado aos menores índices de notificação da doença na AB, apesar da equânime distribuição das unidades básicas pelo território. A transmissão, no caso, possui forte relação com a cultura local, com predominância da infecção por via oral, devido ao consumo de açaí processado com o vetor e ao desmatamento crescente na localidade, o que dificulta as ações de controle e prevenção.

Nessa perspectiva, o trabalho de Dias; Amato Neto e Luna (2011) sugere importantes ações preventivas em relação a Doença de Chagas. No caso, contra o mecanismo de transmissão oral, medidas gerais de higiene e seleção alimentar são imperativas, além da pasteurização do açaí. Em relação às vias clássicas de transmissão, o controle vetorial, associada à educação em saúde, ainda são fatores importantes no combate à DC.

Ainda nesse âmbito, Dias e Amato Neto (2011) propõem medidas relevantes de prevenção apenas às vias excepcionais de transmissão à DC. Por exemplo, a transmissão acidental pelo homem com o agente etiológico, cujas ações preventivas importantes consistem em vias primárias (antes da contração) e secundárias (após a contração), que configuram rigorosos protocolos de controle e suporte no manejo de amostras infectadas, uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI), além de

medidas de desinfecção emergenciais caso haja acidente. Outro relevante exemplo considera a transmissão a partir da doação de órgãos, em que a intervenção básica é a análise e diagnóstico rigoroso do órgão doado, contando, inclusive com protocolos específicos quando houver detecção de infecção por alguma das partes. Desse modo, infere-se que o controle e a prevenção da Doença de Chagas precisa ponderar especificidades epidemiológicas e culturais, bem como determinantes sociais e, sobretudo, a articulação com a assistência e educação em saúde, a fim de se tornarem efetivas.

3.3 A Atenção Primária à Saúde (APS) como norteador do cuidado à DC

Conceitualmente, a Atenção Primária à Saúde (APS), decodificada enquanto estratégia de organização do sistema de atenção à saúde, demonstra-se como primeiro e primordial nível de assistência, com atributos e funções, como resolubilidade, comunicação e responsabilização. Portanto, consiste na “porta de entrada” à Rede de Atenção à Saúde (RAS), com grau claro de suporte e educação em saúde, pois está mais próxima da comunidade, considerando seus aspectos histórico-sociais (MENDES, 2015).

A Doença de Chagas, enquanto enfermidade endêmica, tropical e negligenciada, está, primordialmente, no escopo da APS, ao passo que possui raízes sociais importantes. Ao avaliarem clinicamente pacientes com DC na forma crônica na APS, Silva et al. (2013) reafirmam o papel desse nível de atenção no acompanhamento desses indivíduos, reafirmando informações clássicas sobre a doença, como acometimento cardiovascular. Esse panorama surge também no trabalho de Martin-Melo et al. (2012) novamente, que ressalta a importância da assistência em saúde às comorbidades associadas à DC, uma vez que, por meio delas, é possível realizar o diagnóstico precoce da infecção por *T. cruzi* e diminuir os danos advindos da doença, o que é, por definição, papel imprescindível da APS.

A percepção da assistência em saúde a nível primário como transformador de realidades ainda esbarra em desafios estruturais e históricos, sobretudo, em relação aos profissionais. Ferreira et al. (2018) demonstram diversas dificuldades por parte dos médicos da APS no manejo clínico da DC, pois 90% dos entrevistados sentiam-se inseguros total ou parcialmente na condução desses casos, além de demonstrarem desconhecimento técnico sobre a terapia ideal para o combate da doença. Isso pode ser explicado por algumas características pertinentes levantadas, como a atuação de médicos jovens, com período de formação há menos de 4 anos, sem especialização e pequena ou nenhuma experiência profissional prévia na APS. Além disso, esse impasse técnico ocorre entre outros profissionais, conforme demonstram Rodrigues et al. (2020), em que, entre os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de unidades básicas nos municípios pesquisados, 86,7% afirmaram

que não eram oferecidos cursos\atualizações referentes à doença de Chagas, além de outras contradições e impasses relacionados ao problema.

Dessa forma, compreende-se a função da Atenção Primária à Saúde (APS) no controle, prevenção, suporte e educação em torno da Doença de Chagas, uma vez que corresponde à base do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse cenário é reafirmado pelo II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, em que as ações de vigilância em saúde, articuladas em prol da prevenção e controle da DC, devem ser norteadas pelos princípios da APS, por exemplo, a territorialização, intervenção multiprofissional e humanização do atendimento.

4 | CONCLUSÃO

Esta revisão objetivou analisar a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) na prevenção, diagnóstico e tratamento da Doença de Chagas. Observa-se uma relação direta da APS com a DC, pois essa destaca-se como ferramenta norteadora do cuidado baseada em diversos princípios, entre eles, o de territorialização, cuidado centrado na pessoa e resolutividade (DIAS et al., 2016).

ADC é negligenciada e está relacionada a populações de maior vulnerabilidade social relativa, o que reflete na sua “invisibilidade na sociedade” (DIAS et al., 2016 p. 26). Associado a esse contexto, áreas endêmicas sofrem menores intervenções preventivas, menor acesso aos serviços de saúde, falta de tratamento adequado e maior chance de morbidade e morte. Além dessas dificuldades, existem limitações técnicas como falta de capacitação profissional na APS para manejo da DC e o desinteresse da indústria no desenvolvimento de fármacos. (FERREIRA et al., 2018 e DIAS et al., 2016)

Nesse contexto é necessário priorizar ações de saúde pública no combate a DC, afirmando o papel da atenção básica. Assim a APS representa uma estratégia de controle e prevenção, por meio de ações educacionais, capacitação profissional, protocolos diagnósticos e terapêuticos atualizados. (FERREIRA et al., 2018)

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota técnica: **Recomendações sobre o diagnóstico parasitológico, sorológico e molecular para confirmação da doença de chagas aguda e crônica**. Rev Patol Trop. v.42, n.4, pp.475-478, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas**. Brasília, 2018

DIAS, João Carlos Pinto; AMATO NETO, Vicente; LUNA, Expedito José de Albuquerque. **Mecanismos alternativos de transmissão do Trypanosoma cruzi no Brasil e sugestões para sua prevenção**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 44, n. 3, p. 375-379, 2011.

MARTINS-MELO, Francisco Rogerlândio et al. **Prevalence of Chagas disease in Brazil: a systematic review and meta-analysis**. Acta Tropica, v. 130, p. 167-174, 2014.

Ministério da Saúde (BR). **Secretaria de Vigilância em Saúde. Doença de Chagas: 14 de abril – Dia Mundial**. Bol Epidemiol [Internet]. 2020 abr [data da citação]; 51(n.esp.):1-43. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>. Acesso em: 1 de julho de 2020.

MUNOZ-SARAVIA, Silvia Gilka et al. **Chronic Chagas' heart disease: a disease on its way to becoming a worldwide health problem: epidemiology, etiopathology, treatment, pathogenesis and laboratory medicine**. Heart Fail Rev., v. 17, n. 1, p. 45-64, 2012.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. **Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 66, n. SPE, p. 158-164, 2013.

PEREIRA, Paulo Câmara Marques; NAVARRO, Elaine Cristina. **Challenges and perspectives of Chagas disease: a review**. J Venom Anim Toxins Incl Trop Dis., v. 19, p. 1-17, 2013.

RODRIGUES, Fernanda Cristina Santos et al. **Agentes comunitários de saúde: percepção sobre os serviços de saúde relacionados à doença de Chagas**. Cad. saúde colet. [online]. 2020, vol.28, n.1, pp.130-139.

World Health Organization. **Chagas disease (American trypanosomiasis) [Internet]**. 2020 [acessado em 27 maio. 2020]. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chagas-disease-\(american-trypanosomiasis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chagas-disease-(american-trypanosomiasis))

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde: volume único**. – 3ª. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019.

Braz SCM; Melo MFAD; Lorena VMB; Souza WV; Gomes YM. **Doença de Chagas no Estado de Pernambuco, Brasil: análise de séries históricas das internações e da mortalidade**. Rev Soc Bras Med Trop 2011; 44(3):318-323.

CARDOSO, Luana Pastana et al. **Distribuição espacial da doença de Chagas e sua correlação com os serviços de saúde**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 54, 2020.

CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017.

DIAS, João Carlos Pinto; AMATO NETO, Vicente. **Prevenção referente às modalidades alternativas de transmissão do Trypanosoma cruzi no Brasil**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 44, p. 68-72, 2011.

DIAS, João Carlos Pinto; AMATO NETO, Vicente; LUNA, Expedito José de Albuquerque. **Mecanismos alternativos de transmissão do Trypanosoma cruzi no Brasil e sugestões para sua prevenção**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 44, n. 3, p. 375-379, 2011.

DIAS, João Carlos Pinto et al. **II Consenso Brasileiro em doença de Chagas**, 2015. Epidemiol. Serv. Saúde., v. 25, p. 7-86, 2016.

MARTINS-MELO, Francisco Rogerlândio et al. **Multiple causes of death related to Chagas' disease in Brazil, 1999 to 2007**. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. Uberaba, v. 45, n. 5, p. 591-596, 2012.

FERREIRA, Ariela Mota et al. **Avaliação do conhecimento acerca do manejo clínico de portadores da Doença de Chagas em região endêmica no Brasil**. Rev. APS, v. 21, n. 3, p. 345-354, 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. 1. ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

SILVA, Hugo Carvalho et al. **Avaliação clínica na atenção primária e infectologia dos pacientes com doença de chagas na forma crônica**. Rev Baiana Saúde Pública, v. 37, p. 7-21, 2013.

TAUIL, Pedro Luiz. **Controle de doenças transmitidas por vetores no sistema único de saúde**. Inf. Epidemiol. Sus., Brasília, v. 11, n. 2, p. 59-60, jun. 2002.

CAPÍTULO 16

VISITA DOMICILIAR AO PACIENTE COM HANSENÍASE NAS PRÁTICAS DE SAÚDE COLETIVA II: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/09/2020

Data de submissão: 01/06/2020

Cátia Vanessa Rodrigues dos Santos

Universidade do Estado da Bahia - UNEB
Campus VII
Senhor do Bonfim - BA
<http://lattes.cnpq.br/2296216200715517>
<https://orcid.org/0000-0002-8693-647X>

Marianna Silva Pires Lino

Universidade do Estado da Bahia - UNEB
Campus VII
Senhor do Bonfim - BA
<http://lattes.cnpq.br/9251824726599502>
<https://orcid.org/0000-0001-7151-981X>

Aizia Salvador

Universidade do Estado da Bahia - UNEB
Campus VII
Senhor do Bonfim - BA
<http://lattes.cnpq.br/1980019835900366>
<https://orcid.org/0000-0003-2015-2418>

Priscilla Mécia Conceição Carvalho

Universidade do Estado da Bahia - UNEB
Campus VII
Senhor do Bonfim - BA
<http://lattes.cnpq.br/6886682329650797>
<https://orcid.org/0000-0003-1477-0674>

práticas de Saúde Coletiva II. Nesta visita, realizou-se uma entrevista fundamentada em informações previamente colhidas no prontuário do paciente, bem como a execução do seu exame físico completo, utilizando-se o Formulário para Avaliação Neurológica Simplificada. Posteriormente, elencou-se os problemas de enfermagem observados e elaborou-se o plano de cuidados, a ser apresentado, em sala de aula, como um estudo de caso. Corroborou-se, por meio do estudo, que os pacientes portadores de hanseníase apresentam dificuldade de compreensão e aceitação da doença, além de consequências psicossociais sofridas após diagnóstico, resultantes do estigma e preconceito ainda existentes. Isso dificulta o tratamento correto e a cura e, concomitante, pode haver uma desintegração social. Como inferência, verificou-se que o enfermeiro, por seu caráter mais íntimo e direto com os pacientes, necessita de uma formação sistematizada, preparada ética e politicamente, de modo a prestar assistência adequada e holística ao público em questão. Compreende-se de fato, que a visita domiciliar contribui para uma formação profissional mais vasta e estimula a construção do pensamento crítico-reflexivo dos discentes, sendo de suma importância para a execução da prática profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Visita domiciliar, Hanseníase, Enfermagem.

RESUMO: Este trabalho objetiva descrever a visita domiciliar realizada a um paciente portador de Hanseníase, por discentes do 5º semestre do curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Bahia, Campus VII, Senhor do Bonfim, nas

HOME CALLS TO THE PATIENT WITH LEPROSY IN THE PUBLIC HEALTH PRACTICES II: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: This work aims to describe the home visit made to a leprosy patient by students of the 5th semester of the Nursing course of the State University of Bahia, Campus VII, Senhor do Bonfim, in the practices of Collective Health II. In this visit, an interview was conducted based on information previously collected in the patient's medical records, as well as the execution of his complete physical examination, using the Simplified Neurological Assessment Form. Afterwards, the observed nursing problems were listed and the care plan was elaborated, to be presented, in class, as a case study. The study showed that patients with leprosy present difficulties in understanding and accepting the disease, in addition to the psychosocial consequences acquired after diagnosis, resulting from the stigma and prejudice still existing. This makes correct treatment and healing difficult and, concomitantly, there may be social disintegration. As an inference, it was found that the nurse, due to his more intimate and direct character with the patients, needs a systematic training, ethically and politically prepared, in order to provide adequate and holistic assistance to the public in question. It is understood that the home visit contributes to a wider professional training and stimulates the construction of critical-reflective thinking of the students, being of paramount importance for the implementation of professional practice.

KEYWORDS: House Calls, Leprosy, Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A visita domiciliar (VD), modalidade da Atenção Domiciliar, considera o contato pontual do profissional ou equipe de saúde com o usuário e/ou família, tendo em vista identificar e avaliar suas demandas, conforme o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas. Deste modo é possível estabelecer um plano assistencial individual e/ou coletivo com objetivo definido, visando a promoção da saúde, a prevenção de agravos e tratamento de doenças, a reabilitação e cuidados paliativos (BRASIL, 2017; COFEN, 2014).

Por tratar-se de um instrumento da prática em saúde que possibilita a assistência e acompanhamento do usuário em sua residência, a criação e/ou maior vínculo entre usuário-profissional, bem como a reflexão sobre os determinantes sociais de saúde, a VD vem sendo realizada dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente na Atenção Básica (AB), por diferentes profissionais de saúde, predominantemente por enfermeiros ou por trabalhadores que este supervisiona. Entretanto, a prática de VD nem sempre é assumida como legítima pelos profissionais que a exercem que, por vezes, a consideram como sendo um imprevisto (ROCHA et al, 2017; FORLIN, 2014).

Torna-se imprescindível a inserção de acadêmicos da área da saúde, em seu processo de formação, junto às equipes da AB, para que obtenham aprendizado e construam competências para o exercício profissional e a prática em VD. Visto que

a prática de VD é uma estratégia educacional e uma oportunidade de aproximação e melhor compreensão das necessidades biológicas, psicossociais, econômicas e culturais que abrangem o processo saúde-doença, estimulando a elaboração do olhar crítico-reflexivo de saúde e proporcionando a criação de estratégias mais holísticas e voltadas às reais necessidades do usuário (BORGES et al, 2017).

Por ser a AB a porta de entrada dos pacientes aos serviços de saúde, a inclusão de discentes nas práticas de saúde coletiva, com enfoque na visita domiciliar (VD), torna-se imprescindível na identificação e controle da hanseníase. Além disso, a aquisição e associação do conhecimento técnico-científico com a prática, possibilita a diminuição do estigma e preconceito ainda existentes acerca da doença, tanto por parte dos próprios doentes quanto por parte da população e alguns profissionais de saúde.

A hanseníase, conhecida antigamente como lepra, é uma doença crônica, infecto-contagiosa, de notificação compulsória e investigação obrigatória em todo território nacional. Possui como agente etiológico o *Mycobacterium leprae*, um bacilo álcool-ácido resistente, que infecta os nervos periféricos e, mais especificamente, as células de Schwann. Ela acomete principalmente os nervos superficiais da pele e troncos nervosos periféricos (localizados na face, pescoço, terço médio do braço e abaixo do cotovelo e dos joelhos), porém também pode lesionar os olhos e órgãos internos (mucosas, testículos, ossos, baço, fígado, etc.) (BRASIL, 2017; 2002).

Os sintomas manifestados são principalmente dermatoneurológicos, lesões com alteração da sensibilidade, diminuição ou queda de pelos, formigamentos, entre outros. E para fins operacionais de tratamento, os doentes são classificados em paucibacilares (PB – presença de até cinco lesões de pele com baciloscopia de raspado intradérmico negativo, quando disponível) ou multibacilares (MB – presença de seis ou mais lesões de pele ou baciloscopia de raspado intradérmico positiva) (BRASIL, 2017; 2002).

O tratamento é realizado com a poliquimioterapia (PQT-OMS), que interrompe a transmissão em poucos dias e cura a doença. Além disso, é gratuito e está disponível em qualquer unidade de saúde. Entretanto, se realizado tardiamente, a doença quase sempre evolui, tornando-se transmissível e podendo atingir indivíduos de qualquer sexo ou idade. Essa evolução ocorre, em geral, de forma lenta e progressiva, podendo levar a incapacidades físicas. A transmissão é feita pelas vias respiratórias, por meio de contato próximo e prolongado do doente (que não está sendo tratado) com uma pessoa suscetível (com maior probabilidade de adoecer) e não por fômites (BRASIL, 2017).

Diante disso, o objetivo do presente trabalho é descrever a visita domiciliar realizada por discentes do 5º semestre de enfermagem a um portador de hanseníase.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre a visita domiciliar ao paciente portador de hanseníase, realizado nas práticas de saúde coletiva II, por três discentes do 5º semestre do curso de enfermagem da Universidade do Estado da Bahia, campus VII de Senhor do Bonfim-Ba.

A visita foi realizada no dia 13 de agosto de 2019, acompanhada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) da Estratégia de Saúde da Família (ESF) I Centro, responsável pelo bairro, que intermediou a comunicação com o paciente e realizou o agendamento da visita.

A realização da atividade, inicialmente, se deu através de uma entrevista fundamentada em informações previamente recolhidas no prontuário do paciente, priorizando a avaliação do mesmo, sua configuração familiar e as condições do domicílio. Logo após, foi realizado o exame físico completo do paciente com o auxílio do Formulário para Avaliação Neurológica Simplificada, preenchendo-o de acordo com respostas obtidas na realização do exame físico.

O formulário para avaliação neurológica simplificada deve ser realizado por um profissional de saúde e inicia-se com o preenchimento de informações pessoais. Posteriormente, contempla questões objetivas, iniciando pela avaliação da face, avaliação dos membros superiores e inferiores, inspeção e avaliação sensitiva e finaliza-se o com a tabela para preenchimento da classificação do grau de incapacidade de acordo com a determinação da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Ademais, para finalização e observação dos resultados executou-se o levantamento dos problemas de enfermagem observados no decorrer da visita e elaborou-se o plano de cuidados, a ser apresentado como estudo de caso em sala de aula.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a visita e análise dos dados, constatou-se que o cliente não aceitava sua condição patológica e o tratamento medicamentoso proposto. Tal comportamento é comum entre os pacientes portadores de hanseníase que, por auto preconceito em relação à moléstia rejeitam a si mesmos, não se aceitando como portadores da doença e adotando uma postura de sigilo (SILVEIRA et al, 2014).

O paciente em questão, apesar de ter o diagnóstico de hanseníase multibacilar, confirmado clínico e laboratorialmente, não aceitava sua condição de doença, tampouco o tratamento medicamentoso, amiúde procurando informações reiteradamente por meio de recursos tecnológicos, desarranjando, de forma negativa, ainda mais suas concepções.

Tendo em vista as consequências psicossociais que o indivíduo portador

de hanseníase sofre após o diagnóstico e, concomitante, a desintegração social resultante do estigma da doença. Durante a visita foi percebido que a discriminação ocorria cotidianamente por meio da exclusão social que permeava não somente o doente, mas também a sua família.

Segundo Aquino et al (2015) este enjeitamento comunitário pode ser explicado quando, por muitas vezes na história, preconceituosos associaram a lepra com a noção de pecado, excluindo e segregando indivíduos doentes. Estas associações acompanham a patologia até hoje, o que desvela a urgência de esclarecimentos direcionados à comunidade em que o paciente encontra-se inserido.

Outra constatação relaciona-se a importância das visitas em domicílio, já que estas são consideradas como um meio de aproximar as famílias e o sistema de saúde, favorecendo o acesso aos serviços, enquanto constitui um instrumento que humaniza a atenção às necessidades, promovendo a construção de relações entre usuários e pessoal técnico, democratizando a saúde e prestando atendimento universal, independentemente da condição do indivíduo (FRANCESCA; CORDERO, 2018).

É de suma importância que a equipe de saúde esteja bem capacitada, para lidar com os indivíduos hansenianos (SILVA, 2014), havendo a necessidade de que aconteça um acompanhamento multiprofissional visando um atendimento mais holístico.

Como inferência, verificou-se que o enfermeiro, por seu caráter mais íntimo e direto com os pacientes, necessita de uma formação amplamente preparada, ética e politicamente, para prestar assistência ao público em questão.

De acordo com Pinheiro e Simpson (2016) cabe aos profissionais de saúde, especialmente o enfermeiro, valorizar um cuidado integral destinado aos pacientes, sua família e à comunidade, a fim de reduzir o estigma e aumentar a adesão ao tratamento.

Verifica-se que o enfermeiro desempenha papel fundamental na atenção domiciliar tanto por coordenar o plano de cuidados no domicílio quanto pelo vínculo que estabelece com os usuários, familiares e cuidadores (ANDRADE et al, 2017).

A realização de visitas domiciliares pelos discentes cria e potencializa espaços de discussão, promovendo um processo formativo contextualizado pela associação da teoria com a prática e pela proposta de atuar mais próximos da realidade, por conseguinte a isto, os discentes desenvolvem habilidades profissionais específicas ligadas ao processo científico.

Além disso, os estudantes puderam se aprofundar no conhecimento sobre a hanseníase, o que certamente será um diferencial na futura vivência laboral destes indivíduos, uma vez que esta patologia é considerada um problema de saúde pública no Brasil (CHAVES, 2017).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu conhecer a vivência e sentimentos de um portador de hanseníase. Sabe-se que esta patologia gera grande impacto na vida dos pacientes, frente ao diagnóstico e enfrentamento da doença, tendo a rotina de suas vidas alterada. Portanto, a visita domiciliar é imprescindível para uma melhor aceitação e criação de vínculo com o paciente e sua família.

Diante dos argumentos apresentados, compreende-se que a visita domiciliar contribui para uma formação mais ampla e estimula a reflexão de forma racional e inteligente por parte dos discentes. A vivência também possibilitou um aprendizado indeclinável com relação a patologia central do paciente, bem como a importância do profissional de enfermagem capacitado para lidar com estes indivíduos de forma respeitosa e competente.

Esta produção contribui para a compreensão da importância da visita domiciliar aos pacientes portadores de hanseníase, ademais reforça que propostas semelhantes a esta sejam produzidas para disseminação do conhecimento.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. M. et al. **Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura.** Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 70, n. 1, p. 210-219, Fev. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000100210&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 Mai. 2020.

AQUINO, C. M. F. et al. **Peregrinação (Via Crucis) até o diagnóstico da hanseníase.** Rev enferm UERJ. 2015; 23(2):185-90. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/12581>. Acesso em: 23 Mai. 2020.

BORGES, F. R. et al. **Ensino sobre visita domiciliar a estudantes universitários.** Rev Rene, v. 18, n. 1, 2017, p. 129-138. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://periodicos.ufc.br/rene/article/download/19229/29946/&ved=2ahUKEwiKg4apls7pAhU2lrkGHbFrDccQFjAAegQIBhAC&usg=AOvVaw2IPUFxjMadnljsAZvsRZn->. Acesso em: 24 mai. 2020.

BRASIL. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União. Brasília, set. 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 24 mai. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Guia prático sobre a hanseníase.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/22/Guia-Pratico-de-Hanseníase-WEB.pdf&ved=2ahUKEwin8ObOpc_pAhWvlbkGHZiaC0QQFjAAegQIAhAB&usg=AOvVaw2KEHzYub8qvzNCsGTaH31B. Acesso em: 24 mai. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_controle_hanseníase_cab10.pdf&ved=2ahUKewin8ObOpc_pAhWvIbkGHZiaC0QQFjABegQIARAB&usg=AOvVaw19dS98-mqYhMX0TjA0npk. Acesso em: 24 mai. 2020.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **RESOLUÇÃO COFEN Nº 0464/2014. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar**. Brasília, out. 2014. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014_27457.html. Acesso em: 24 mai. 2020.

CHAVES, A. E. P. **O ensino da atenção à hanseníase em cursos de graduação em enfermagem**. 2017, 182 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal -RN. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/24944/1/AnaElisaPereiraChaves_TESE.pdf. Acesso em: 24 Mai. 2020.

FORLIN, D. C. **A visita domiciliar do enfermeiro na Atenção Básica: uma proposta de prática emancipatória**. 2014, p. 16. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade do Estado de São Paulo. São Paulo - SP. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-05112014-111853/publico/Dissertacao_DeisiCForlin.pdf. Acesso em: 24 mai. 2020.

FRANCESCA, G. G.; CORDERO, K. S. **Visita domiciliar: un espacio para la adquisición y modificación de prácticas en salud**. Enfermería Actual de Costa Rica, San José, n. 34, p. 82-95, Jun 2018. Disponível em: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682018000100082&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 Mai. 2020.

PINHEIRO, M. G. C.; SIMPSON, C. A. **Preconceito, estigma e exclusão social: trajetória de familiares influenciada pelo tratamento asilar da hanseníase**. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/10/910925/13332-101558-1-pb.pdf>. Acesso em: 23 Mai. 2020.

ROCHA, K. B. et al. **A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura**. Psicologia, saúde e doenças, Porto Alegre, v. 18, n. 1, 2017, p. 170-185. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862017000100015. Acesso em: 24 mai. 2020.

SILVA, A. H. **O papel do enfermeiro na promoção de saúde e prevenção de hanseníase**. 2014. 26 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Universidade Federal de Minas Gerais. Teófilo Otoni - MG. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/6160.pdf>. Acesso em: 24 Mai. 2020.

SILVEIRA, M. G. B. et al. **Portador de hanseníase: impacto psicológico do diagnóstico**. Psicol. Soc., Belo Horizonte, v. 26, n. 2, p. 517-527, Ago. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822014000200027&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 Mai. 2020.

CAPÍTULO 17

CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE TUBERCULOSE NA CIDADE DE SÃO GONÇALO, RIO DE JANEIRO

Data de aceite: 01/09/2020

Amanda Caroline Silva Pereira

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
São Gonçalo, Rio de Janeiro

Rogério Carlos Novais

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
São Gonçalo, Rio de Janeiro

Mônica Antônia Saad Ferreira

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
São Gonçalo, Rio de Janeiro

RESUMO: A tuberculose é uma doença que ainda acomete um grande número de pessoas sendo responsável por um alto índice de mortalidade populacional. Logo, deve ser considerada um evidente problema de saúde pública. Neste trabalho, abordou-se a concepção dos profissionais de saúde para avaliar se as informações transmitidas à população estão sendo relevantes para prevenção e controle da tuberculose, assim como avaliar se os profissionais estão preparados para a sua própria segurança no ambiente hospitalar em relação à tuberculose. O presente estudo constatou que profissionais da saúde de São Gonçalo ainda não têm total conhecimento sobre as diversas formas de prevenção e controle da tuberculose, por isso, o município precisa de ações para atualização dos conhecimentos relativos à doença a fim de que sejam intensificados a prevenção e controle da tuberculose.

PALAVRAS-CHAVE: Tuberculose. Saúde.

Prevenção. Controle.

CONCEPTIONS OF HEALTH PROFESSIONALS ABOUT TUBERCULOSIS IN THE CITY OF SÃO GONÇALO, RIO DE JANEIRO

ABSTRACT: Tuberculosis is a disease that still affects a large number of people and is responsible for a high rate of population mortality. Therefore, it must be considered an evident public health problem. In this work, the conception of health professionals was approached to assess whether the information transmitted to the population is relevant for the prevention and control of tuberculosis, as well as to evaluate whether the professionals are prepared for their own safety in the hospital environment in relation to tuberculosis. The present study found that health professionals in São Gonçalo still do not have full knowledge about the different forms of prevention and control of tuberculosis, therefore, the municipality needs an update of the knowledge related to the disease so that prevention and control of the disease are intensified.

KEYWORDS: Tuberculosis. Health. Prevention. Control.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa de evolução crônica, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Sua transmissão ocorre principalmente por via aérea, representando um grave problema de saúde pública, principalmente nos países em

desenvolvimento, como o Brasil (FERREIRA, 1995). A distribuição da tuberculose no mundo está intimamente relacionada às condições socioeconômicas das diversas nações. Sendo assim, a incidência da doença é baixa nos países desenvolvidos e exacerbada em países cuja sociedade se encontra exposta à desnutrição e más condições de higiene e habitação (LEITE&TELAROLLI, 1997). Somente após a descoberta do agente etiológico da tuberculose por Robert Koch, em 1882, e com avanços científicos, como a descoberta do raio-X por Wilhem C. Roentgen, em 1895, a atenuação do *Mycobacterium bovis* feita por Albert Calmette e Camille Guérin em 1913, que resultou na produção da vacina Bacillus Calmette-Guérin (BCG), começou-se a especular sobre a possível erradicação da doença (TAGER, 1987). Atualmente, mais de um século depois do achado de Koch, a tuberculose ainda persiste como um grave problema de saúde pública, nos países em desenvolvimento e volta a preocupar os países desenvolvidos. Em 1993, a tuberculose foi declarada uma emergência global pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo a primeira doença a receber tal distinção (WHO, 1993). Nas décadas de 80 e 90, houve um aumento na incidência de tuberculose em diferentes regiões do mundo. Diversas evidências suportam a hipótese de que a pandemia da infecção pelo HIV foi uma das causas subjacentes para esse ressurgimento inédito da tuberculose em países desenvolvidos e para o aumento da sua incidência no terceiro mundo (NOVAIS et al., 2004). De acordo com a OMS (2018), no ano de 2017, aproximadamente 10 milhões de pessoas desenvolveram a doença. Desses, 1,3 milhões foram a óbito e mais 300.000 se tratavam de co-infectados com HIV. De acordo com a classificação da OMS (2016-2018), o Brasil ocupa a 20ª posição na lista dos 30 países prioritários para TB e a 19ª posição na lista dos 30 países prioritários para TB-HIV (MS 2016; 2017; OMS, 2015; 2016; 2018).

De acordo com dados do Ministério da Saúde (MS) (2018), no Brasil, em 2017, foram notificados 69.569 casos novos de tuberculose. Nesse mesmo ano, o coeficiente de incidência teve aumento em relação aos três anos anteriores para 35,0. Esses dados podem ser verificados no gráfico 1.

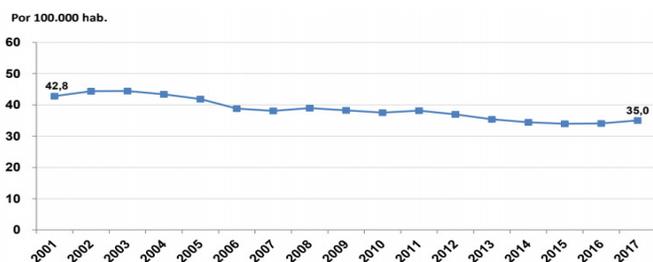


Gráfico 1– Coeficiente de incidência de tuberculose/por 100 mil habitantes de 2001 a 2017.

Fonte: MS, 2018.

A tuberculose, em geral, tem sua distribuição elevada no mundo devido a sua facilidade de contágio e à deficiência de programas de políticas públicas em transmitir informações que sejam precisas e eficazes para o controle. Acredita-se que, com o acesso à informação, seja possível amenizar algumas enfermidades, dentre elas, a tuberculose.

No Estado do Rio de Janeiro, os valores de incidência de tuberculose ultrapassam o coeficiente de incidência superior ao do país que foi igual a 35,0. Na cidade de São Gonçalo, segundo dados da Prefeitura Municipal (2017), foram notificados 628 casos de tuberculose em 2015. Destes, 493 são casos novos, sendo 88% da forma pulmonar. Em 2016, houve queda quando foram notificados 560 casos da doença. No município de São Gonçalo, o Pólo Sanitário Washington Luis é um importante local de vacinação para população, e o Pólo Sanitário Hélio Cruz atende com tratamento especializado para diversas doenças, como tuberculose hanseníase, HIV, entre outras.

Educação em Saúde

Em 1948, a OMS definiu saúde como um estado de completo bem estar físico, mental e social. O tema Educação em Saúde é um tema que tem sido abordado não somente nos espaços escolares, como também nos meios de comunicação. Hoje, é possível ter acesso facilitado, a partir de folhetos informativos, propagandas de rádio, televisão e internet a diversos temas relacionados à Saúde, como por exemplo, a Dengue, Tuberculose, Hanseníase, AIDS entre outras doenças. Sendo de interesse do Sistema Único de Saúde (SUS) ações para orientação e a conscientização da população. Essas ações, no entanto, não atingem adequadamente os sujeitos envolvidos. A saúde deveria ser abordada de modo dinâmico, estimulando a compreensão dos aspectos biológicos, econômicos, sociais, culturais e de suas inter-relações, particularmente no que tange à comunidade local, relacionando ao contexto de saúde da população brasileira (MASSABNI, 2000). Trabalhar questões da saúde vai além de decorar conceitos e agentes causadores de doenças, os conhecimentos devem proporcionar mudanças de hábitos e atitudes que possam ser prejudiciais ao bem estar (CONVERSANI et al., 2004).

Importância dos profissionais de saúde nos programas de promoção de saúde pública

Diante do desafio de controlar a doença, a OMS tem demonstrado preocupação quanto à qualificação das equipes de saúde no comprometimento com as ações de controle da doença, particularmente no que tange a descentralização, prevenção e integração dos serviços de atenção primária à Saúde no controle da Tuberculose,

e uma das condições básicas para o êxito do tratamento é a adesão do paciente e, para tanto, é necessário que seja realizado adequadamente seu acolhimento. Este acolhimento requer o entendimento das necessidades pessoais e/ ou familiares, de suas condições de vida, da queixa biológica que o levou a procurar o serviço de saúde (MS, 2008; MS, 2013; SILVA & ALVES, 2008). A informação ao paciente sobre sua doença, a duração do tratamento prescrito, a importância da regularidade no uso dos medicamentos, as graves consequências advindas da interrupção ou do abandono do tratamento são fundamentais para o sucesso terapêutico. Essa é uma atividade de educação que deve ser desenvolvida durante as consultas e entrevistas, tanto iniciais quanto subsequentes. Na oportunidade, a equipe de saúde, além de conscientizar o paciente sobre a importância do tratamento, estabelece uma relação de cooperação mútua (MS, 2006).

A Tuberculose

Há evidências que demonstram que a tuberculose acomete o homem há milênios, como esqueletos fósseis de seres humanos com lesões ósseas compatíveis com essa enfermidade encontrados em várias regiões e datados até de cinco mil anos a.C. Há indícios de que esta doença se encontra no Brasil desde a época da colonização. De acordo com Gomes e Faresin (2006, p. 39) “além da sua forma pulmonar, ela pode ser transmitida para outras partes do corpo, inclusive meninges, rins, ossos e linfonodos”. Indivíduos que apresentam o quadro com tuberculose pulmonar ou laríngea são as principais fontes de transmissão, pois a tuberculose pode ser transmitida por gotículas infectadas que podem ser expelidas nos atos de falar, tossir e espirrar, sendo assim, esses pacientes têm maior probabilidade de transmitir a doença pela expectoração das gotículas que, ao serem inalados por pessoas saudáveis, provocam a infecção tuberculosa e o risco de desenvolver a doença. A infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* transcorre em média de 4 a 12 semanas para detecção das lesões primárias iniciais. A transmissão é plena enquanto se estiver eliminando bacilos e não estiver iniciado o tratamento medicamentoso. No Brasil, a Tuberculose acomete preferencialmente faixas etárias de indivíduos em plena capacidade produtiva e abrange os setores de baixa renda populacional. (D’AGATA, *et al*, 2001; VERONESI & FOCCACIA, 2009).

A presença dos sintomas físicos da doença abrange emagrecimento, tosse seca e contínua, sudorese, perda de apetite, hemoptise e dor no local afetado. Além disso, a fadiga e a dificuldade respiratória são sintomas que se apresentam com alta frequência entre as pessoas que possuem a doença (SOUZA; SILVA & MEIRELLES, 2010; JUNG, *et al*, 2016). O tratamento para tuberculose requer a utilização de quatro diferentes antibióticos por um período mínimo de seis meses.

O tratamento, extremamente longo, apresenta efeitos adversos e, além disso, o aumento do número de casos de tuberculose multirresistente constitui atualmente uma ameaça para o controle da tuberculose o que torna a dificuldade de controle da disseminação da *Mycobacterium tuberculosis* ainda mais dificultada. Há medidas para prevenção e controle quando se trata disseminação da tuberculose no âmbito social, sendo uma delas o diagnóstico precoce, que apontam ser necessário que os profissionais dos serviços de saúde realizem a busca ativa de casos de TB na comunidade. O diagnóstico precoce dos casos é uma importante estratégia para interromper a cadeia de transmissão da doença, fundamental para a descoberta dos casos bacilíferos, o que, do ponto de vista epidemiológico, é importante medida de prevenção e redução da incidência da doença. (MS, 2011; 2013; BARBOSA, et al, 2017; COSTA, 2016).

Em nível de prevenção individual, é necessário que se evite o contato direto com pessoas que apresentem o quadro de TB sem tratamento e é necessário fazer utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), além disso, evitar aglomerações e locais onde não há circulação de ar e incidência solar (MS, 2011; SOUZA, 2009). Uma das medidas implementadas, além da adoção de diagnóstico, tratamento precoce é a vacinação com a vacina BCG e amplamente aplicada na população infantil como forma de prevenção a TB.

Objetivos gerais

- Abordar a concepção dos profissionais de saúde de São Gonçalo (RJ) sobre a tuberculose.

Objetivos específicos

- Analisar se as informações repassadas à população pelos profissionais de saúde estão sendo suficientemente relevantes para tratamento e prevenção da tuberculose.
- Compreender se o conhecimento dos profissionais de saúde é eficaz para promover a prevenção do mesmo no seu local de trabalho.

METODOLOGIA

O presente trabalho consistiu na visitação e aplicação de um questionário, em cinco locais de atendimento a saúde pública do município de São Gonçalo, sendo eles: O Posto Municipal de Saúde Aldolfo Lutz (16 questionários), o Hospital Estadual Alberto Torres (HEAT) (32 questionários), a Unidade de Ponto Atendimento (UPA) do

Pacheco (14 questionários), o Hospital Luiz Palmier(21 questionários) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Alcântara (17 questionários).

A visitação e aplicação dos questionários acerca da tuberculose tiveram finalidade de avaliar os conhecimentos dos profissionais de saúde sobre a doença. O questionário contém perguntas sobre a profissão, níveis de escolaridade, local de atuação profissional, e além disso, perguntas sobre os conhecimentos de sintomas, tratamento, prevenção, transmissão e relação da TB com HIV, totalizando 13 perguntas, a pesquisa contou com a participação de diferentes profissionais, tais como: Médicos (7%), enfermeiros (16%), técnicos de enfermagem (17%), recepcionista (17%), administração (4%), maqueiros (16%), assistentes sociais (5%), agentes de saúde (13%) e porteiros (5%).

RESULTADOS

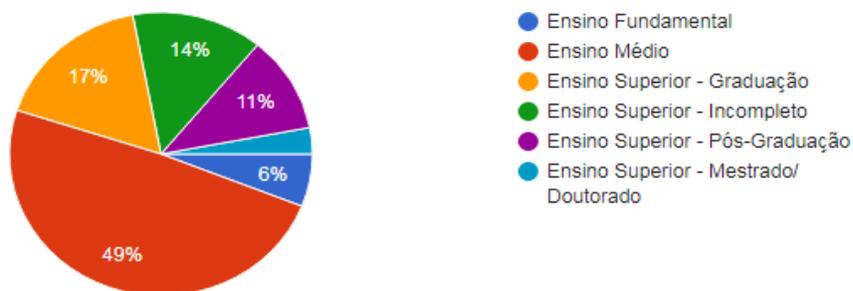


Gráfico 2 – Nível de Escolaridade

Fonte: O autor, 2018.

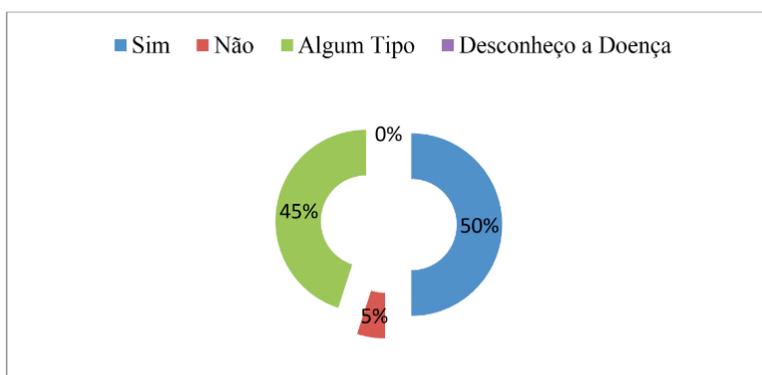


Gráfico 3 – Percentagem de Profissionais que se julgam capazes de transmitir informações sobre a tuberculose

Fonte: O autor, 2018.

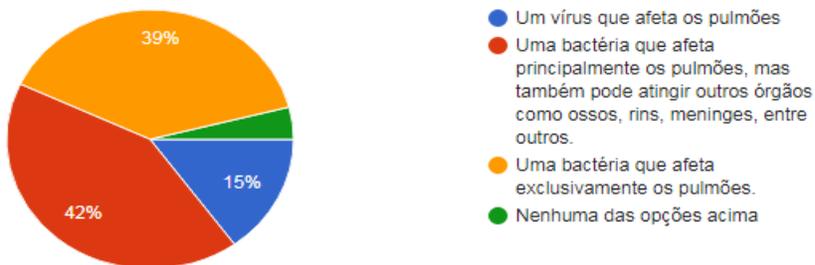


Gráfico 4 – Relação em Percentagem da Concepção dos Profissionais de Saúde acerca do Agente Infeccioso da tuberculose e os Órgãos Afetados pela Doença

Fonte: O autor, 2018.

CATEGORIAS	PERCENTAGEM
Através do Ar	61%
Através de Objetos Contaminados	19%
Gotículas	20%
Contato com Doentes sem EPI	2%
Contato com Doentes em Ambientes Fechados	9%
Não sei	5%

Tabela 1 – Percentagem de respostas acerca da transmissão da tuberculose

Fonte: O autor, 2018.

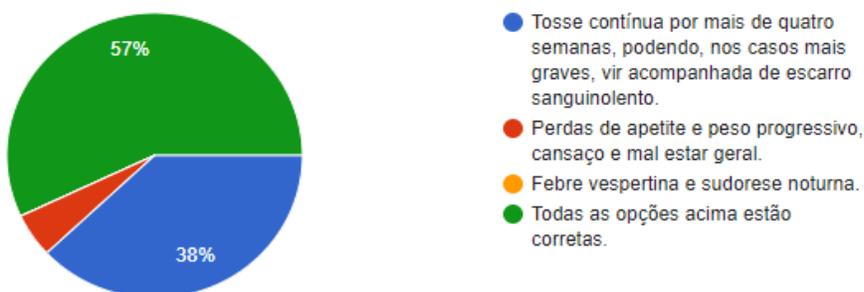


Gráfico 5 – Conhecimento dos sintomas por Profissionais de Saúde

Fonte: O autor, 2018.

CATEGORIAS	PERCENTAGEM
Vacinação com BCG	17%
Evitar Contato com Doentes	40%
Não é Possível Evitar	3%
Ambiente Arejado	13%
Não Compartilhar Objeto com os Doentes	3%
Máscara para os Doentes	3%
Identificar o Doente Rapidamente	1%
Usar EPI no trabalho	26%
Medicação	4%
Não sei	8%

Tabela 2 – Percentagem de repostas acerca das formas de prevenção da tuberculose

Fonte: O autor, 2018.

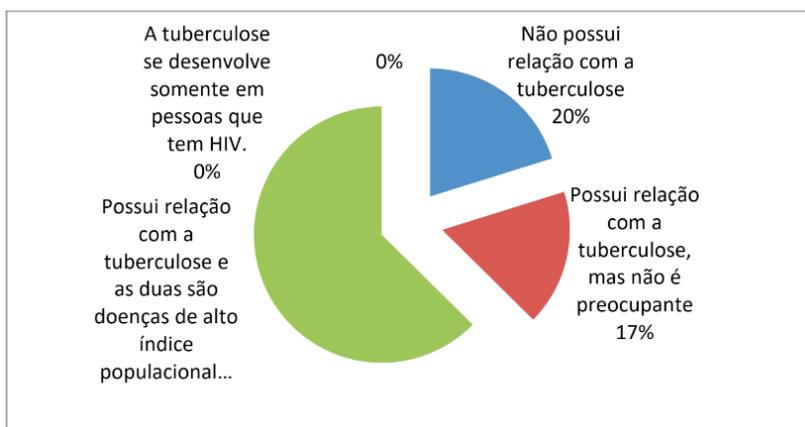


Gráfico 6 – Relação da incidência da tuberculose com o índice de HIV

Fonte: O autor, 2018.

CONCLUSÃO

Para que haja um comprometimento entre as ações preventivas, promocionais e curativas para população e para os profissionais de saúde que entram em contato direto com inúmeros pacientes por dia, ambos devem estar bem informados sobre os sinais e sintomas da doença e ter acesso fácil ao diagnóstico

e ao tratamento. A pessoa com a doença deve ter orientação individual e familiar durante todo o tratamento, o que exige profissionais de saúde e ensino capacitados para lidar com todos esses aspectos. De modo geral, a comunidade, através dos grupos sociais que a compõem, necessita estar informada das ações que lhe dizem respeito e ter garantida a participação nos serviços existentes, visando à garantia da saúde de seus membros. Vale ressaltar que no Brasil a doença nunca deixou de ser um problema de saúde pública. Quaisquer medidas que visem ao combate da transmissão da TB devem levar em conta toda a instituição, de saúde ou não, e devem ser implantadas de acordo com o tipo de instituição e o grau de risco de transmissão do bacilo da TB. É urgente que a comunidade científica e os trabalhadores de saúde se organizem, que se reconheçam como uma população sujeita ao risco de adoecimento e que ações se efetivem no sentido de minimizar os riscos potenciais nos locais onde acontece o cuidado a pacientes com TB. De acordo com os resultados obtidos, com relação à vulnerabilidade à tuberculose relacionada ao conhecimento sobre a doença, pôde-se observar que, embora uma parcela dos participantes tenha apresentado certo grau de conhecimento, considerando-se que se trata de profissionais da saúde e que, para ocuparem função nessa área, devem dispor de capacitação, o resultado observado foi que uma parcela significativa dos entrevistados não foram capazes de responder a questões básicas sobre a doença corretamente (gráfico 5), tanto para prestarem assistência, como para utilizarem adequadamente as formas de precaução. Observou-se, ainda, que uma parcela significativa dos entrevistados possuem conceitos errôneos e equivocados com relação ao conhecimento da doença (gráficos 4 e 6) e sua forma de transmissão (tabela 1). Além disso, ressalta-se que parcela importante apontou não se sentir seguro suficientemente para transmitir conhecimentos para pacientes portadores da enfermidade (gráfico 3) e demais indivíduos da sociedade, o que releva a necessidade de investimento em ações educativas implementadas pelos serviços institucionais de educação continuada, direcionadas à abordagem assistencial com enfoque na proteção profissional e prevenção de infecção cruzada. Pode-se concluir que uma parcela de trabalhadores apresenta importante vulnerabilidade à tuberculose, o que compromete o serviço que é oferecido à população, capacitando-os no que diz respeito às estratégias de intervenção, incorporando ações de prevenção e de assistência e disponibilizando recursos materiais para executá-las. Outro aspecto notável é a importância da promoção de educação em saúde e a necessidade de potencialização do tratamento supervisionado, que são importantes estratégias para a redução das taxas de abandono do tratamento da doença, pois a falta de informação ou a sua não compreensão pode provocar a ingestão inadequada da medicação e/ou abandono do tratamento.

REFERÊNCIAS

- CONVERSANI, D. T. N. Uma reflexão crítica sobre a educação em saúde. *Boletim do Instituto de Saúde*, v. 34, n.3, p. 4-5, 2004.
- COSTA, A. F. A. *et al.* Perfil epidemiológico da tuberculose: série histórica. *Revista de enfermagem*, v. 10, n. 6, p. 1957-1962, 2016.
- D'AGATA, E.M; WISE, S; STEWARD, A; LEFJOWITZ JR., L.B.Nosocomial transmission of *Mycobacterium tuberculosis* from an extrapulmonary site. *InfectionControl & Hospital Epidemiology*, v. 22, n.1, p. 10-20, 2001.
- FERREIRA, M.A.S. *Avaliação da técnica do ELISA como diagnóstico da tuberculose em indivíduos infectados ou não pelo HIV e em crianças*. 1995.77f. Dissertação(Mestrado em Microbiologia) – Instituto de Microbiologia, Universidade Federal doRio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.
- GOMES, M; FARESIN S.M. *Atualização e Reciclagem Pneumológica*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2006.
- JUNG, B.C.*et al.*, A invisibilidade da tuberculose na vida de pessoas: experiências de busca por serviços de saúde. *JournalNursingand Health*, v. 6, n.3, p. 423-35, 2016.
- LEITE, C.Q; TELAROLLI, J.R. Aspectos epidemiológicos e clínicos da tuberculose. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*,v. 18, n. 1, p. 1-12, 1997.
- MASSABNI,V.O *conceito sobre sistema imunológico nos livros didáticos de ensino médio*. 2000. 103f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista, Bauru, 2000.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Brasília, 2008. 44 p.
- _____. *Manual de recomendações para o controle de tuberculose no Brasil*. Brasília, 2011. 264 p.
- _____. *Caderno de Atenção Básica: Acolhimento à Demanda Espontânea*. Brasília, 2013. 53p.
- _____. *Secretaria de Vigilância e Saúde*. Brasília, 2016. 15 p.
- _____. *Plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública*.Brasília, 2017. 39 p.
- NOVAIS, R.C. *et al.*Tuberculose: estudo epidemiológico da doença na cidade de São Gonçalo, RJ, no período de janeiro de 2002 a dezembro de 2003. Projeto de extensão, 2004.
- PEREIRA, S.M. *et al.* Vacina BCG contra tuberculose: efeito protetor e políticas de Vacinação. *Revista de Saúde Pública*, v. 41 (supl. 1), p. 59-66, 2007.

PREFEITURA DE SÃO GONÇALO. *Cuidando da Saúde dos Gonçalenses*. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<http://www.saogoncalo.rj.gov.br/noticiaCompleta>> Acessado em: 10 de setembro de 2018.

SILVA, L.G.;ALVES, M.S. O acolhimento como ferramenta das praticas inclusivas de saúde. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, v.11, n.1, p. 74-84, 2008.

SOUZA, C.T.V; NATAL, S; ROZEMBERG, B. Comunicação sobre prevenção da tuberculose: perspectivas dos profissionais de saúde e pacientes em duas unidades assistenciais da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de janeiro. *Revista Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências*, v.5, n.1, p. 78-92, 2005.

SOUZA, S.R.G. *Biossegurança em Tuberculose e os Profissionais de Enfermagem no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da UFRJ*. 2009. 117f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde, Universidade de Brasília, Distrito Federal, 2009.

SOUZA, S.S; SILVA,D.M.G; MEIRELLES, B.H.S. Representações sociais sobre a tuberculose. *ActaPaulista de Enfermagem*, v.23, n.1, p.23-28, 2010.

TAGER, I.B. Currents concepts in the treatment of tuberculosis. *Western Journal of Medicine*, v. 146, n. 1, p. 461-465, 1997.

VERONESI, R.; FOCACCIA, R. *Tratado de Infectologia*. 4 ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Brief history of an age-old disease**. IN: The magazine of the. World Health Organization.v.4, p.22-23, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: **Global Tuberculosis Report 2015**. Genebra, 2015.192 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: **Global Tuberculosis Report 2016**. Genebra, 2016.20 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: **Global Tuberculosis Report 2016**. França, 2019.243 p.

SOBRE A ORGANIZADORA

ISABELLE CERQUEIRA SOUSA - Possui graduação em Terapia Ocupacional pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR) Ceará, com Especializações em: Psicopedagogia na Universidade Federal do Ceará (UFC), Desenvolvimento Neuropsicomotor no Instituto Brasileiro de Reeducação Motora (IBRM) no Rio de Janeiro, Pós-graduação Lato sensu em NeuroAprendizagem no Centro Universitário (UNICHRISTUS). Obteve seu Mestrado em Educação Especial na Universidade Estadual do Ceará (UECE). É Doutoranda em Saúde Coletiva na Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Como Terapeuta Ocupacional trabalhou durante 12 anos na área do desenvolvimento de crianças e jovens com déficit intelectual na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais APAE de Fortaleza, e atuou também com atendimentos clínicos e Terapia Ocupacional domiciliar. Como docente ministrou disciplinas na área da Educação Especial/inclusiva em Cursos de Especialização na Universidade Vale do Acaraú (UVA Ceará), foi também professora convidada na Universidade Estadual do Ceará e na Universidade de Fortaleza. No Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS) trabalhou com gestão educacional como Supervisora Acadêmica e Operacional durante 12 anos nos cursos da saúde. No referido Centro Universitário atuou também como: parecerista do Comitê e Ética e Pesquisa (CEP), e foi membro da Comissão Própria de Avaliação institucional (CPA). É orientadora de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) nas áreas da educação e saúde no Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS) e Consultora na coordenadora da Pós-graduação em Psicopedagogia Clínica e Escolar do Centro Universitário 7 de Setembro (UNI 7) em Fortaleza-CE. Atualmente por ocasião do Doutorado em Saúde Coletiva (UNIFOR) participa do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde nos Espaços Educacionais (NEPSEE), cadastrado na Plataforma de Pesquisa do CNPq. É Revisora ad hoc da Revista Brasileira em Promoção da Saúde (RBPS) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). É avaliadora de periódicos no segmento de educação e saúde, membro do Conselho Técnico Científico e revisora de E-books da Editora Atena. Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/9927536298829197>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5131-3395>. E-mail: isabellecerq@yahoo.com.br.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Aleitamento 123, 124, 125, 127, 130, 131, 133, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143

Assistência a parturiente 101

Atenção básica 29, 63, 68, 81, 83, 84, 85, 86, 97, 141, 167, 169, 173, 177, 178, 188

Atenção primária à saúde 143, 145, 149, 151, 153, 160, 161, 163, 166, 168, 169, 171, 189

Avaliação dos serviços de saúde 22, 24, 25

C

Cobertura vacinal 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 48, 50

Comunidade 2, 3, 7, 29, 36, 37, 56, 77, 78, 80, 85, 140, 156, 168, 176, 181, 183, 187

Cuidados paliativos 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 173

Cúrcuma 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61

D

Desmame precoce 123, 124, 125, 131, 133, 134, 135, 137, 138, 139, 140, 142, 143

Doença de chagas 160, 161, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171

E

Educação em saúde 1, 4, 8, 37, 64, 77, 78, 80, 81, 82, 103, 118, 119, 120, 121, 122, 125, 149, 150, 167, 168, 181, 187, 188

Educação em saúde bucal 118, 119, 120, 121

Educação popular em saúde 77, 78, 80, 82, 83

Enfermagem 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 29, 30, 50, 51, 97, 98, 103, 106, 124, 129, 131, 132, 137, 139, 142, 143, 144, 164, 170, 172, 174, 175, 177, 178, 184, 188, 189

F

Família 10, 15, 19, 36, 57, 61, 81, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 120, 125, 139, 141, 142, 143, 163, 170, 173, 175, 176, 177

Farmacêuticos 50, 55, 71, 75

Farmacovigilância 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 75, 76

Fisioterapia 1, 4, 22, 23, 24, 28, 29, 30, 143

Fitoterapia 54, 55, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 68, 69, 73, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81,

82, 83

G

Gestação 5, 36, 93, 108, 110, 112, 113, 115, 118, 119, 121, 127, 130, 133, 135, 136, 137, 139, 140, 145, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156

H

Hanseníase 172, 174, 175, 176, 177, 178, 181

Higienização oral do bebê 118, 121

Humanização 4, 9, 12, 13, 14, 15, 18, 22, 23, 24, 29, 82, 101, 104, 105, 137, 169

I

Imunização 37, 38, 40, 50, 51, 52, 137

Influenza 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39

Inquéritos epidemiológicos 40

L

Leite materno 118, 123, 124, 138

P

Parto 36, 93, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 110, 115, 119, 126, 128, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 140, 141, 143

Plantas medicinais 55, 56, 57, 59, 60, 61, 62, 63, 68, 69, 71, 74, 75, 76, 79, 81, 83

Preparações farmacêuticas 54

Prevenção 3, 6, 11, 23, 24, 33, 37, 56, 57, 62, 64, 65, 68, 103, 106, 111, 119, 145, 149, 150, 151, 152, 155, 160, 161, 163, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 173, 178, 179, 181, 183, 184, 186, 187, 189

Prevenção de doenças 145

Promoção da saúde 2, 3, 4, 6, 8, 41, 83, 104, 141, 173

S

Saúde bucal 1, 4, 5, 6, 7, 118, 119, 120, 121, 122

Saúde coletiva 1, 8, 37, 38, 39, 52, 53, 60, 83, 97, 98, 106, 142, 172, 174, 175, 190

Saúde materno-infantil 123

Saúde mental 84, 85, 86, 95, 97, 98

Saúde oral 118, 121

Saúde pública 11, 32, 36, 38, 39, 41, 51, 52, 65, 66, 75, 98, 105, 124, 135, 136, 145, 149, 150, 156, 160, 161, 165, 166, 169, 171, 176, 179, 181, 183, 187, 188

T

Toxoplasmose 131, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158

Toxoplasmose congênita 145, 146, 148, 150, 154, 155, 156, 157, 158

Tuberculose 11, 162, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189

U

Unidade básica de saúde 158

V

Vacinação 31, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 50, 51, 52, 53, 181, 183, 186, 188

Vigilância em saúde 8, 38, 51, 63, 135, 158, 167, 169, 170, 177

Violência obstétrica 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106

Visita domiciliar 172, 173, 174, 175, 177, 178

Ciências da Saúde no Brasil: Impasses e Desafios 2

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 



Ciências da Saúde no Brasil: Impasses e Desafios 2

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

