

UDF
Centro
Universitário

VOL. III
Nº 1

Cadernos em

CIÊNCIAS DA SAÚDE E DA VIDA



REITORA DO UDF CENTRO UNIVERSITÁRIO

Profa.Dra. Beatriz Maria Eckert-Hoff

EDITORA CHEFE

Profa. Dra. Luciana Zaranza Monteiro

EDITOR EXECUTIVO

Prof. Dr. Bernardo Petriz de Assis

EDITOR EXECUTIVO RESPONSÁVEL POR ESTA EDIÇÃO

Prof. Dr. Bernardo Petriz de Assis

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Ciro Yoshio Joko

Profa. Dra. Flavia Miquetichuc Nogueira Nascente

Prof. Dr. Emilio Barbosa e Silva

Profa. Dra. Paula Marcela Duque Jaramillo

Prof. Dr. Suderlan Leandro Sabino

Profa. Me. Ana Carolina Alves Rocha

COORDENAÇÃO DE EDITORAÇÃO

Prof. Esp. Leonardo Fillipe Marinho Araújo

PROJETO GRÁFICO

Aline Macedo das Neves

Érika Cristina de Queiroz Cabral

Gabriel Filipe Oliveira Mendonça

Lucas da Conceição Tavares

EDITORAÇÃO

Arthur Correia Ramos

Enya Gabriela Lima da Silveira

Ingrid Liberal

João Bosco Simplício Leocádio

Nádia Vasconcelos

Victor Daniel Barbosa de Melo

CARTA DE APRESENTAÇÃO

O lançamento de cada número de uma revista científica é sempre algo a ser saudado com entusiasmo. Trata-se demais uma contribuição ao rompimento do isolamento daqueles que consagram grande parte da vida ao trabalho intelectual, à construção de novos conhecimentos e à divulgação do resultado de um esforço que, muitas vezes, fica restrito a poucos.

O Caderno de Ciências da Saúde e da Vida é um periódico publicado semestralmente de forma on-line, que promove artigos originais e de revisão da literatura das mais diversas áreas da Escola de Saúde do Centro Universitário do Distrito Federal, dentre elas: desempenho e efeitos biológicos do exercício; educação física escolar; sociologia do esporte; aspectos moleculares, bioquímicos e fisiológicos para a saúde; microbiologia e biologia animal; epidemiologia; envelhecimento; enfermagem; saúde coletiva; farmacologia e saúde; saúde bucal; biomedicina e nutrição. Por isso temos o prazer de entregar este primeiro número do “Caderno de Ciências da Saúde e da Vida”.

O leitor observará que este volume trata uma diversidade de temas, objetos de estudos e referenciais atuais que importam ao campo da saúde. Os textos honram o ambiente acadêmico pela qualidade e relevância dos temas tratados e pelas contribuições baseadas em reflexões fundamentadas e ponderadas. Se tivesse que resumir este número em uma frase, eu diria que apresenta discussões sobre a heterogeneidade da atividade docente, procurando evidenciar como o trabalho docente é realizado em diversas situações e condições de trabalho.

A revista preserva todo o processo editorial com controle e transparência, fazendo com que seja reconhecida como uma revista acadêmica de excelência, particularmente no campo da Saúde. Assim, parabenizamos os autores dos trabalhos publicados, com a certeza de que o reconhecimento do mérito acadêmico contribui para a construção de uma formação acadêmica brilhante. Ao mesmo tempo, agradecemos aos professores orientadores que, com sua experiência, conhecimento e zelo, atuaram de forma decisiva para garantir a excelência dos trabalhos apresentados. Desejo que a leitura desta revista seja proveitosa!

Profa. Dra. Luciana Zaranza Monteiro
Caderno de Ciências da Saúde e da Vida – Editora Chefe

SUMÁRIO

POLIOMIELITE E SÍNDROME PÓS-POLIOMIELITE: A INCERTEZA DO PRÓXIMO PASSO

7

Sabrina Alves Rabelo, Stherphane Ferreira dos Santos, Tatiana Santiago Gomes dos Santos, Ricardo Gadelha de Abreu

O EFEITO DA DOENÇA PERIODONTAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS

26

Aline Xavier de Souza, Vanessa Reinaldo Carvalho, Herbert Eustáquio Cardoso da Silva, Felipe Degrazia, Bruna Genari, Daniela Abreu de Moraes

ESTUDO DA UTILIZAÇÃO DO ÓLEO ESSENCIAL DE CITRONELA (CYMBOPOGON WINTERIANUS) NO CONTROLE DO ECTOPARASITA RHIPICEPHALUS (BOOPHILUS) MICROPLUS E PROPOSTA DE DESENVOLVIMENTO DE FORMULAÇÃO TÓPICA

42

Alexandre Faustino de Sousa Cabral, Guilherme de Melo Oliveira Gomes, Wanderson Carlos de Araújo Sousa, Maria Bernadete Rodrigues Queiroz

CÂNCER DE MAMA MASCULINO E ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE PARA DIAGNÓSTICO PRECOCE: UMA REVISÃO NARRATIVA

57

Ana Caroline Fernandes da Silva, Andreza Câmara Giarola Silva, Larissa Franco Leite, Sueli Alves de Oliveira, Suliane Beatriz Rauber

POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: SAÚDE E TERRITÓRIOS VIVENCIAIS

75

Roberta Karina Alves Silva, Regina Ferreira dos Santos Linhares, Dayla Soeiro Homem, Beatriz Silva Martins, Eduarda Almeida Rodrigues, Pablo Miranda dos Santos, Jacinta de Fátima Senna da Silva

**O PAPEL DO ENFERMEIRO NOS CUIDADOS PALIATIVOS:
REVISÃO INTEGRATIVA**

88

Ana Karolinne Guilherme Rodrigues, Inácia Ferreira Costa, Maria dos Santos Ferreira, Maysa Melo Marques, Mariana Rodrigues da Silva Menezes

**TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS DURANTE O
PERÍODO GESTACIONAL E NÍVEL DE CONHECIMENTO DO
ENFERMEIRO: REVISÃO SISTEMÁTICA**

103

Gabriele da Silva Sousa, Nycolly Karollyne Vieira dos Santos, Simone Ramos Bastos Rego, Albênica Paulino dos Santos Bontempo

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA**

124

Bruna Almeida Caldas Barros, Giovanna Silva Cabral, Gleice Kenia Silva, Maisa de Castro Abreu, Natália Vieira Araújo Cunha

**PREVALÊNCIA SOBRE A VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A
MULHER: REVISÃO INTEGRATIVA**

140

Karinny de Sousa Rodrigues, Renata de Sousa Ferreira, Cleudineia Neres Correa, Guilherme da Costa Brasil

**AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS GESTACIONAL
E CONGÊNITA NA REGIÃO DO DISTRITO FEDERAL-DF NO
PERÍODO DE 2009 A 2019**

152

Ana Paula Batista Pereira, Débora Carla da Silva Amaral, Patrícia de Aguiar Oliveira, Andreanne Gomes Vasconcelos




VOLTAR AO
SUMÁRIO

POLIOMIELITE E SÍNDROME PÓS-POLIOMIELITE: A INCERTEZA DO PRÓXIMO PASSO

POLYOMYELITIS AND POLYOMYELITIS SYNDROME: THE UNCERTAINTY OF THE NEXT STEP

Sabrina Alves Rabelo¹, Stherphane Ferreira dos Santos¹, Tatiana Santiago Gomes dos Santos¹, Ricardo Gadelha de Abreu¹

RESUMO

Introdução: A poliomielite é uma doença infectocontagiosa viral, causada pelo poliovírus, vírus que pode infectar crianças ou adultos, podendo ou não provocar a paralisia. Por não ter tratamento específico, a principal forma de prevenção é a vacina. Embora a doença possa agir de forma assintomática, existem casos de pessoas que convivem com sequelas da doença. Além das sequelas existentes, há também a síndrome pós-poliomielite que pode acometer pessoas após muitos anos da doença estabilizada no organismo. **Objetivo:** Descrever a trajetória da poliomielite no Brasil, destacando grandes acontecimentos que entraram para a história da saúde após a descoberta da doença, dando ênfase à síndrome pós-poliomielite. **Métodos:** Realizada revisão narrativa utilizando a Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), a biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO), as bases de dados do Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs). Ainda foram utilizados o Google Acadêmico, sites do Ministério da Saúde, da Organização Mundial da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz, levando em consideração os critérios de inclusão: artigos completos, nos idiomas português ou inglês, gratuitos e publicados entre os anos de 2000 e 2020. Foram selecionadas 12 publicações, que relatam de forma coerente sobre o tema abordado. **Conclusão:** Concluiu-se a importância da manutenção das ações de vigilância epidemiológica e principalmente, da intensificação da vacinação, além da atenção aos sinais e sintomas da síndrome pós-pólio, para se conhecer a real situação do número de casos.

Palavras-chave: Poliomielite, Programas de Imunização, Síndrome Pós-Poliomielite

¹Centro Universitário do Distrito Federal UDF, Departamento de Enfermagem, Brasília, DF

*Autor correspondente: ricardo.abreu@udf.edu.br

ABSTRACT

Introduction: Polio is an infectious and contagious viral disease, caused by poliovirus, a virus that can infect children or adults, and may or may not cause paralysis. As there is no specific treatment, the main form of prevention is the vaccine. Although the disease can act asymptotically, there are cases of people who live with sequelae of the disease. In addition to the existing sequelae, there is also the post-polio syndrome that can affect people after many years of the disease stabilized in the body. **Objective:** To describe the trajectory of polio in Brazil, highlighting major events that entered the history of health after the discovery of the disease, emphasizing the post-polio syndrome. **Methods:** A narrative review was carried out using the Virtual Health Library (VHL), the Scientific Electronic Library Online (SciELO), the Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) databases, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (Lilacs). Google Scholar, websites of the Ministry of Health, the World Health Organization/Pan American Health Organization and the Oswaldo Cruz Foundation were also used, taking into account the inclusion criteria: complete articles, in Portuguese or English, free and published between 2000 and 2020. 12 publications were selected, which report coherently on the topic addressed. **Conclusion:** It was concluded the importance of maintaining epidemiological surveillance actions and, mainly, the intensification of vaccination, in addition to paying attention to the signs and symptoms of the post-polio syndrome, in order to know the real situation of the number of cases.

Keywords: Polyomyelitis, Immunization Programs, Post-Polyomyelitis Syndrome

1. INTRODUÇÃO

A poliomielite (pólio) é uma doença infectocontagiosa viral, cujo agente causador é o poliovírus, um vírus que habita no intestino e pode infectar crianças ou adultos por via fecal-oral (via mais comum), pelo contato direto de pessoa para pessoa, por gotículas de secreção ou ainda pelo contato com objetos ou alimentos contaminados. Possui três sorotipos (I, II e III), podendo ou não provocar paralisia. Nesse caso, o sorotipo I é o mais comum, seguido pelo sorotipo III^{1,2}.

Após contato, o vírus da poliomielite penetra no organismo através da mucosa orofaríngea, onde prolifera-se. Durante esse tempo, dissemina-se pelo sangue atingindo linfonodos cervicais, tonsilas palatinas, folículos linfáticos do intestino e outros órgãos³.

A poliomielite apresenta-se, tipicamente, sob a forma bifásica, com cefaleia, febre e sintomas gastrointestinais, seguidos, dias mais tarde, de comprometimento dos neurônios motores da medula espinal, ocasionando paralisia de forma assimétrica, geralmente em membros inferiores⁴.

A etapa neurológica, sendo assim chamada, ocorre em um a cada mil indivíduos, e a invasão se dá basicamente pela migração do vírus pela corrente sanguínea. Nessa etapa, o vírus se prolifera principalmente nos motoneurônios, e o quadro clínico que o paciente apresentará vai depender da quantidade de células nervosas atingidas. Sendo que os primeiros sintomas da doença vão surgir quando existir pelo menos 60% dos neurônios que correspondem a um determinado grupo muscular envolvido⁵.

Os mais afetados pela doença são crianças de até cinco anos de idade. A cada 200 infectados, uma vítima é acometida por sequelas irreversíveis; e, em torno de 5 a 10% morrem com acometimento dos músculos do aparelho respiratório⁶.

Ao longo dos anos, a pólio foi um agente causador de danos irreversíveis em milhares de crianças no mundo e no Brasil. Foi responsável por deixar sequelas relacionadas à infecção na medula e no cérebro, sendo as principais: problemas e dores nas articulações, pé equino (pé torto), crescimento diferente das pernas, osteoporose, atrofia muscular, hipersensibilidade ao toque, dificuldade de fala, paralisia, sinais de irritação meníngea e perda da sensibilidade^{3,7}.

Os primeiros casos de poliomielite no Brasil foram detectados em 1911, no estado de São Paulo, por Luiz Hoppe e no estado do Rio de Janeiro, por Oswaldo Oliveira. No mesmo ano, foi descrito o primeiro surto da doença, pelo carioca Fernandes Figueira³. O Brasil é considerado precursor no combate a poliomielite, foi e continua sendo modelo para outros países pela criação de programas como “Dias Nacionais de Imunização”, uma estratégia que foi replicada nos outros países, imunizando milhares de crianças contra a pólio⁸.

A poliomielite não possui um tratamento específico. Desta forma, a maneira mais segura para se prevenir a doença é por meio da vacinação⁹. No mundo, a vacina foi introduzida durante os testes experimentais, entre maio de 1953 e março de 1954 nos Estados Unidos da América. O médico e pesquisador norte-americano Jonas Salk administrou a vacina, ainda experimental, em mais de 5.300 participantes do estudo, incluindo ele mesmo, sua esposa e seus três filhos. No Brasil, foi introduzida em 1955 por alguns médicos pediatras, com vacinas de amplitude reduzida¹⁰.

Apesar de ter sido eliminada em diversos países, o poliovírus ainda circula na Ásia e na África, o que representa um risco de reintrodução do vírus no Brasil³, onde foram identificadas quedas nas coberturas vacinais, principalmente para grupos com diferentes condições socioeconômicas¹¹.

No país, apesar das estratégias estabelecidas terem contribuído para o fim da transmissão do poliovírus, uma porcentagem das pessoas que sofreram a infecção anteriormente vem apresentando novos sinais e sintomas tardios, reconhecidos como características da Síndrome Pós-Poliomielite (SPP)². A SPP caracteriza-se por desordem no sistema nervoso dos indivíduos que tiveram a poliomielite, surgindo em média após 15 anos ou mais do diagnóstico inicial. Essa síndrome traz ao indivíduo um novo quadro de sintomas: fraqueza muscular progressiva, dor muscular, fadiga, dor nas articulações, o que resulta em diminuição da capacidade funcional do indivíduo levando ao surgimento de novas incapacidades, como andar, tomar banho, etc. Existem ainda casos de pessoas que desenvolvem dificuldade na deglutição e na respiração^{12,13}.

Diante desse cenário mundial e nacional, torna-se importante falar dos riscos da reintrodução da poliomielite e do aumento do número de casos da síndrome pós-pólio. Sendo assim, este estudo teve por objetivo descrever a trajetória da poliomielite no Brasil, destacando grandes acontecimentos que entraram para a história da saúde após a descoberta da doença, dando ênfase à SPP.

2. DESENVOLVIMENTO

Trata-se de um estudo de revisão narrativa de literatura, de natureza ampla, considerando estudos que abordassem o tema em questão. Foram considerados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCs): Poliomielite, Programas de Imunização, SPP, empregando a combinação dos operadores booleanos AND e OR para se obter dados precisos sobre o tema pesquisado.

A busca de artigos, em caráter aleatório, foi realizada entre os meses de janeiro a abril do ano de 2021, utilizando a Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), a biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), as bases de dados do *Medical*

Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs). Ainda foram utilizados o Google Acadêmico, sites do Ministério da Saúde, da Organização Mundial da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz, levando em consideração os critérios de inclusão: artigos completos, nos idiomas português ou inglês, gratuitos e publicados entre os anos de 2000 e 2020. Os critérios de exclusão foram: artigos com abordagens superficiais e que fugissem ao tema proposto, temas que não condiziam com títulos ou resumos e que não atendessem os critérios de inclusão do estudo.

Este estudo não foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), na Plataforma Brasil, de acordo com a resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde – CNS. Porém, todas as normas éticas de citações e referências dos autores estudados foram preservadas e sinalizadas com precisão das informações.

Como limitação deste estudo, por se tratar de uma revisão narrativa, vieses de seleção e de avaliação dos trabalhos podem ter ocorrido, podendo ser minimizados em uma futura revisão sistemática.

Pela busca da literatura, inicialmente, foram pré-selecionadas 29 publicações e informações disponíveis nos sites do Ministério da Saúde, da Organização Mundial da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde, Guia de Vigilância Epidemiológica, Plano de Erradicação da Poliomielite, Boletim Epidemiológico da Vigilância das Paralisias Flácidas e Agudas (PFA) e da Fundação Oswaldo Cruz, com leitura precisa dos títulos, resumos e conteúdos dos sites, referentes à poliomielite e à SPP. Após aplicação dos critérios descritos, foram excluídos 17 artigos, com seleção final de 12 publicações, que relataram de forma coerente o tema estudado. Dessa seleção, têm-se:

- dois artigos retratando sobre a poliomielite: diagnóstico, sinais, sintomas e tratamento;
- dois artigos abordando sobre a eliminação da poliomielite no Brasil;
- três artigos relatando acerca das coberturas vacinais no Brasil; e
- cinco artigos enfatizando a SPP.

No quadro 1 estão detalhadas as principais características e os resultados dos artigos explorados neste estudo.

N	TÍTULO/ ANO	OBJETIVOS	MÉTODOS	RESULTADOS
1	Síndrome Pós-Poliomielite: Renascimento da Poliomielite? / 2009.	Descrever os sintomas tardios relacionados à poliomielite, associado a outras patologias existentes.	Revisão de literatura	Observou-se os sintomas tardios relacionados à poliomielite e que podem trazer danos irreversíveis ao indivíduo. Enfatizou-se ainda sobre a importância da vacina e fatores de risco para o desenvolvimento da síndrome pós poliomielite. Obtendo a conclusão de que o indivíduo acometido pela poliomielite necessita de um acompanhamento multiprofissional para uma melhor qualidade de vida.
2	Atualização em Poliomielite/2019.	Descrever sobre a patologia, a incluir as medidas que podem ser adotadas para a prevenção da poliomielite.	Revisão de literatura	Apresentou-se medidas de controle para garantir a prevenção de infecção pelo vírus da poliomielite. Tais medidas são de controle, visto que, o contágio pode ocorrer por gotículas de secreção.
3	Síndrome Pós-Poliomielite: Aspectos neurológicos/ 2002.	Discutir sobre os sintomas neurológicos que a poliomielite acarreta ao indivíduo infectado.	Revisão integrativa	Observou-se os sintomas neurológicos mais pertinentes em indivíduos que tiveram a poliomielite.

N	TÍTULO/ ANO	OBJETIVOS	MÉTODOS	RESULTADOS
4	Síndrome Pós-Poliomielite (SPP): orientações para profissionais de saúde/ coordenação/ 2008.	Caracterizar e definir um padrão de atendimento para pacientes com SPP, identificando os sintomas apresentados.	Revisão sistemática	Observou-se que devido à complexidade de avaliar a síndrome, há necessidade da avaliação multidisciplinar, pontuando os sintomas e definindo o cronograma de tratamento da SPP.
5	Saúde global e responsabilidade sanitária brasileira: o caso da erradicação da poliomielite/ 2014.	Expor o êxito das estratégias da erradicação da poliomielite no Brasil e que são utilizadas como referência em outros países.	Revisão narrativa	Demonstrou-se que as campanhas de vacinação são as formas mais eficazes de erradicação da poliomielite. Onde o Brasil se tornou referência mundial com estratégias de imunização e colaborador de programas que fortalecem o sistema de saúde e vigilância epidemiologia de países como Cuba e Haiti.
6	O início do fim da poliomielite: 60 anos do desenvolvimento da vacina/ 2015.	Descrever sobre a história da imunização contra a poliomielite.	Estudo descritivo	Apontou-se a data de início da criação das vacinas contra a poliomielite e seu uso em diferentes lugares do mundo. Identificou-se ainda os fatores de limitação para a vacinação em massa da população e o número de casos notificados de poliomielite. Observou-se que se houver uma rotina de vacinação em todos os países, seguindo o calendário vacinal, até o ano de 2024 além da erradicação completa da doença, não será mais necessário a vacinação.

N	TÍTULO/ ANO	OBJETIVOS	MÉTODOS	RESULTADOS
7	Áreas com queda da cobertura vacinal para BCG, poliomielite e tríplice viral no Brasil (2006-2016): mapas da heterogeneidade regional / 2020.	Identificar áreas com queda da cobertura vacinal de BCG, poliomielite e tríplice viral no Brasil no período de 2006 a 2016.	Pesquisa quantitativa	Identificou-se que, em algumas regiões do Norte e Nordeste a cobertura vacinal encontra-se em declínio em comparação com as demais regiões do país, devido a fatores socioeconômicos, escolaridade, número de filhos e condições sociodemográficas. Evidenciando que, a queda na cobertura vacinal expõe as crianças desses estados a maior risco de transmissão de doenças imunopreveníveis.
8	Efeitos Tardios da Poliomielite/ 2002.	Descrever os novos problemas relacionados à poliomielite.	Estudo descritivo acerca dos novos problemas ocasionados pela poliomielite	Apontaram-se novos sintomas decorrentes do contato que o indivíduo teve com a poliomielite. Defenderam-se ainda formas de cuidados primários à saúde para uma melhor qualidade de vida de indivíduos acometidos pelos sintomas tardios relacionados à poliomielite.
9	Síndrome Pós-Poliomielite/ 2006.	Identificar dados epidemiológicos da SPP no estado de São Paulo entre os anos de 2001 e 2002.	Revisão quantitativa	Apontou-se que a SPP não se insere no sistema de vigilância epidemiológica, pois não se caracteriza como doença e sim como síndrome. O estudo mostra que a SPP, não oferece riscos de transmissão, o que a exclui do sistema de investigação epidemiológica.

N	TÍTULO/ ANO	OBJETIVOS	MÉTODOS	RESULTADOS
10	Erradicação da poliomielite no Brasil: a contribuição da Fundação Oswaldo Cruz/ 2002.	Descrever os processos utilizados para a erradicação da poliomielite, e a contribuição do Instituto Oswaldo Cruz na formulação das vacinas VIP/VOP.	Revisão narrativa	Apresentou-se planos de medidas contra a poliomielite, onde o foco foram as campanhas vacinais com objetivo de vacinar a população em massa. Enfatizando o IOC como protagonista nos estudos e no desenvolvimento das vacinas.
11	A Cobertura vacinal da Poliomielite no Brasil nos últimos 11 anos/2018.	Identificar os fatores socio-demográficos e políticas públicas relacionadas à queda da cobertura vacinal do território brasileiro entre os anos de 2007-2017.	Estudo ecológico	Verificou-se uma queda na cobertura vacinal contra a poliomielite em todo território brasileiro. A região Norte demonstrou maior oscilação nas porcentagens da população vacinada, enquanto a região Sul mostrou menor percentual, deixando baixas estimativas para o ano seguinte.
12	A síndrome pós-pólio e o processo de reabilitação motora: relato de caso/2007.	Descrever sobre os sinais e sintomas apresentados na SPP em um paciente que apresentou quadro de poliomielite aguda na infância.	Pesquisa de campo com relato de caso de um paciente com SPP, no Serviço de Reabilitação Neurológica da Fundação Educacional Serra dos Órgãos - FESO	Apontou-se os novos sintomas que a SPP causa no indivíduo, levando o mesmo a apresentar grandes restrições, principalmente relacionadas a incapacidade de realização das atividades cotidianas. Enfatizou sobre o tratamento que deve ser realizado por equipe multidisciplinar e tem por objetivo fornecer ao indivíduo métodos para o autocuidado, para assim realizar a mudança no estilo de vida e reduzir a carga metabólica sobre os músculos.

Fonte: autoria própria, 2021.

Segundo Oliveira et al.⁵, a poliomielite pode ser classificada em quatro formas clínicas: inaparente, abortiva, meningite linfomonocitária e forma paralítica. A poliomielite inaparente, é responsável por 95% dos casos, sendo reconhecida somente por isolamento do poliovírus nas fezes e orofaringe. Na poliomielite abortiva, o indivíduo apresenta sintomas inespecíficos, como, febre, cefaleia, faringite, náuseas e vômitos que regridem de maneira natural. Pouco frequente, a poliomielite pode evoluir para um quadro de meningite asséptica, causando ao indivíduo sintomas indistinguíveis das meningites virais, como, febre, cefaleia, sinais de irritação meníngea e rigidez na nuca. Já na forma paralítica existe comprometimento de neurônios motores, onde o indivíduo irá apresentar quadros de dor muscular, hiperestesia, parestesia, paralisia flácida assimétrica, e até quadros de paraplegia.

De acordo com o Boletim Informativo do Portal Eletrônico da Organização Pan-Americana da Saúde⁶, embora exista a forma leve da doença, o mundo lida com um vírus altamente infeccioso que invade o sistema nervoso e pode vir a causar paralisia total da musculatura, principalmente em membros inferiores. Desta forma, é importante ressaltar que apesar de muitos indivíduos infectados pelo poliovírus apresentarem sintomas leves, o vírus da pólio pode causar lesões irreversíveis ao organismo humano, deixando o indivíduo com incapacidades que podem permanecer por toda vida, podendo levar à morte.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde⁶, (figura 1), há países que não notificam casos de poliomielite desde o ano de 1955. No Brasil, o último caso registrado foi em 1989. No entanto, segundo o Boletim Epidemiológico da Vigilância das Paralisias Flácidas e Agudas (PFA) - Bahia¹⁴, (figura 2), no ano de 2019, ainda foram notificados 143 casos do poliovírus selvagem no mundo, sendo 26 no Afeganistão e 117 no Paquistão. Além desses casos, houve o registro de 134 casos de surto de poliomielite causados pelo uso da vacina tipo dois, sendo: 22 casos na Angola, nove casos na Etiópia, 15 casos em Gana, 25 casos na República Democrática do Congo, seis casos em Níger, 18 casos na Nigéria, 39 casos na República Central da África. Em 2020, foram registrados quatro casos por poliovírus selvagem no Paquistão.



Figura 1- Em qual ano seu país notificou o último caso de poliomielite? Fonte: <https://www.paho.org/pt/brasil>

Casos Confirmados de Poliomielite por Países				
Países	2019		2020*	
	Vírus Selvagem	Vírus Vacinal	Vírus Selvagem	Vírus Vacinal
Afganistão	26	0	0	0
Angola	0	22	0	0
Etiópia	0	9	0	0
Gana	0	15	0	0
Níger	0	6	0	0
Nigéria	0	5	0	0
Paquistão	117	0	4	0
Rep. Central da África	0	39	0	0
República do Congo	0	25	0	0

Figura 2- Distribuição dos casos de poliomielite por vírus selvagem e vacinal no mundo, 2019-2020. Fonte: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/Boletim-PFA-2020_n%C2%BA01.pdf

Segundo Silveira et al.³, alguns dos sintomas da pólio podem ser confundidos com uma gripe, dentre eles estão: febre baixa, mal-estar, tosse, coriza, cefaleia e faringite espontânea, permanecendo poucos dias no organismo e regredindo de maneira natural.

Conforme o Guia de Vigilância Epidemiológica¹⁵, existem dois tipos de diagnósticos para identificar a poliomielite: o diagnóstico diferencial e o diagnóstico laboratorial. O diagnóstico diferencial tem por objetivo diferenciar a poliomielite de outras doenças que possuem sinais e sintomas semelhantes, sendo realizado por meio da especificação das características de cada doença. Para um correto diagnóstico é indispensável a análise dos exames complementares e a investigação epidemiológica rigorosa. Inclui-se também o diagnóstico laboratorial, que é realizado por exames específicos para detectar o poliovírus. Entre os exames estão: o isolamento do vírus nas fezes, análise do líquor, eletromiografia e anatomopatologia.

Para a Fundação Oswaldo Cruz⁹, como não há tratamento para a poliomielite, a vacina é a única maneira segura para prevenir a doença. Durante e Poz⁸ mencionaram que a vacinação continua sendo a forma mais eficaz para controle da erradicação da poliomielite. Com grandes campanhas de vacinação, o Brasil ganhou destaque, em nível mundial, sendo referência em programas de imunização, contribuindo para o sistema de saúde e vigilância epidemiológica. No entanto, as quedas sucessivas das taxas de cobertura vacinal no Brasil podem vir a ser um importante fator contribuinte para o risco de reintrodução da doença no país, o que pode ocorrer pela chegada de imigrantes ou turistas, uma vez que o poliovírus ainda circula nos continentes Africano e Asiático.

De acordo com o Ministério da Saúde¹⁶, o Plano de Erradicação da Poliomielite traz importantes medidas como forma de manter a doença eliminada e que contribuem para a vigilância epidemiológica, prevenção e controle da poliomielite. Além da vacina que é de extrema importância para a prevenção da doença, outras medidas devem ser priorizadas como requisitos para garantir sua eliminação, dentre elas: criação do Comitê Nacional de Certificação da Erradicação da Poliomielite; reforço da vigilância epidemiológica das paralisias flácidas agudas; substituição da vacina oral atenuada trivalente pela bivalente; organização da vigilância ambiental do poliovírus; contenção do vírus em laboratório; e o estímulo aos profissionais de saúde para a divulgação da nova estratégia.

Para Arroyo et al.¹¹, as condições sociodemográficas são fatores de responsabilidade nas estatísticas de queda da cobertura vacinal, dentre eles é possível sinalizar: baixo grau de escolaridade, número elevado de filhos, áreas rurais, comunidades ribeirinhas, pobreza extrema, dentre outros.

De acordo com Schatzmayr, Filippis e Friedrich¹⁷, para a eliminação da poliomielite no Brasil foi necessário um Plano Nacional de Controle da Poliomielite, que garantiu uma vacinação em massa para crianças de 3 meses até os 4 anos de idade.

Em 1971, nesse plano, era utilizada a vacina oral da poliomielite em três doses, sendo que todos os estados do país deveriam vacinar as crianças de maneira simultânea. Porém, não houve o êxito esperado com esse plano, pois houve uma irregularidade na cobertura vacinal de alguns estados. A partir daí foi iniciada uma investigação epidemiológica a fim de buscar dados, causas e características da doença no país, entre os anos de 1975 e 1976, onde foi visto que a transmissão era de predominância urbana, crianças não vacinadas na faixa etária de 5 anos, prevalência do poliovírus 1 e elevados números de letalidade. Devido ao reconhecimento das prováveis falhas e a notificação de casos em todos os estados, no final do ano 1979 e início do ano de 1980 um novo plano foi restabelecido, onde foram criados dois dias nacionais exclusivamente para a vacinação em massa, aumentando a cobertura vacinal e a abrangência vacinal no país. O plano foi de grande sucesso, e houve a redução do número de casos notificados em todo o Brasil.

Segundo Durante e Poz⁸, essa foi uma estratégia utilizada pelo Brasil, e que outros países do mundo utilizaram para garantir uma cobertura vacinal em massa da população.

Ainda de acordo com Schatzmayr, Filippis e Friedrich¹⁷, em julho de 1986, houve uma epidemia de poliomielite na região Nordeste do Brasil, gerando um aumento do número de casos, onde um estudo realizado demonstrou que era causado pelo sorotipo 3. Após essa epidemia, a vacina foi reformulada e passou a ter o dobro de partículas infectantes da vacina anterior, e uma nova campanha foi iniciada na região levando a diminuição dos casos de pólio, sendo o último caso registrado no Brasil no ano de 1989, no município de Sousa, na Paraíba.

De acordo com o Ministério da Saúde⁷, atualmente, no Brasil, no calendário vacinal, estão recomendadas três doses de 0,5 ml da vacina inativada poliomielite (VIP) administradas por via intramuscular no vasto lateral da coxa: aos dois, quatro e seis meses de idade, e mais dois reforços com a vacina oral poliomielite (VOP), sendo administrada duas gotas via oral, aos quinze meses e aos quatro anos de idade⁷.

Segundo Barros et al.¹⁸ até o ano de 2011, o Brasil mantinha um esquema vacinal contra a pólio onde eram compostas por quatro doses da vacina VOP, no ano seguinte, a vacina VIP foi introduzida no calendário substituindo as duas primeiras doses da VOP, com o objetivo de reduzir os riscos de paralisia flácida decorrente da vacina VOP e manter imunização da população. O Programa Nacional de Imunizações (PNI) estabeleceu um plano onde a estimativa é manter a cobertura vacinal em 95% em todo o território brasileiro, protegendo a população, mesmo que o vírus entre no país.

Em 2018, segundo o Ministério da Saúde¹⁹, municípios de diversos estados não atingiram a meta estabelecida pelo PNI. Os estados do Rio de Janeiro e Pará foram os estados que apresentaram as menores taxas de cobertura vacinal, 29,4% e 31,3% do público-alvo vacinado, respectivamente, aumentando o risco de uma possível reintrodução da doença.

Durante e Poz⁸ destacam que mesmo estando eliminada em vários países, dentre eles o Brasil, ainda existe o risco da reintrodução da pólio pela queda das coberturas vacinais. Portanto, é de grande importância a atualização dos dados epidemiológicos e a busca de pelo menos 95% de cobertura vacinal, para que haja um controle e medidas de precaução, pois grandes são as consequências deixadas em indivíduos infectados, desde um simples estado gripal a um quadro irreversível.

De acordo com Lira et al.², a poliomielite foi responsável por deixar sequelas e danos irreversíveis em suas vítimas. Mesmo após a eliminação da doença, ela continua manifesta por meio da SPP que é caracterizada pelo quadro de novos sintomas, que costumam apresentar-se de forma tardia, quinze anos ou mais após o diagnóstico inicial. Os indivíduos que possuem um maior risco para desenvolver a SPP são os que apresentaram quadro agudo de poliomielite mais grave e os fatores associados a essa nova síndrome: idade inicial da infecção (quanto mais velho o indivíduo, maior será o risco para o aparecimento de sintomas neurológicos), histórico de hospitalização e uso de suporte ventilatório na fase aguda da doença, quadriparesia, fraqueza intensa, aumento recente de peso, dor muscular associada a esforço físico e idade atual do indivíduo.

Para Oliveira e Maynard⁴, a SPP é apontada como uma desordem neurológica evidenciada por nova fraqueza muscular e/ou fadiga muscular anormal. O cuidado durante o tratamento da SPP é bastante minucioso, pois a sobrecarga dos músculos pode vir a gerar uma nova atrofia e fraqueza. Oliveira e Maynard⁴ mencionaram ainda que Charcot foi o responsável pela descoberta dessa síndrome no ano de 1875, porém, somente veio à tona após a publicação de vários trabalhos científicos nos Estados Unidos da América, durante o ano de 1980. Para fechar o diagnóstico é necessário trabalhar com exclusão e o ponto decisivo será o diagnóstico primário de poliomielite, dor muscular e articular, fadiga, intolerância ao frio, dificuldade para deglutir e na fala, apresentando também novas dificuldades na realização das atividades diárias principalmente voltadas à mobilidade física.

Vranjac¹³, apontou que a incidência/prevalência da SPP é desconhecida no Brasil e no mundo. Apesar da fisiopatologia não ser esclarecida, pressupõe-se que a causa dessa síndrome seja de que, após infecção do poliovírus, 95% dos neurônios do corno anterior da medula são deteriorados, e cerca de 50% deles mortos, deixando os músculos da área sem inervação causando paralisia ou atrofia. Os neurônios restantes se distribuem para os músculos que perderam as inervações, inervando um número de fibras maior do que o normal, sofrendo uma sobrecarga ocasionando a degeneração desses neurônios dando início a uma nova sintomatologia.

Dias¹² enfatizou que indivíduos que já tiveram a poliomielite devem ser acompanhados por médico especialista, a fim de realizar uma avaliação completa de suas condições físicas e propor um tratamento apropriado. Os cuidados para o tratamento

desse indivíduo incluem os cuidados primários com a saúde, como ir regularmente ao médico, manter uma alimentação saudável, manter o peso ideal de acordo com o índice de massa corpórea, evitar o uso de álcool e cigarro, realizar atividade física e a mudança do aparelho ortopédico de acordo com a indicação médica. O tratamento será direcionado às sequelas deixadas pela poliomielite e realizado de maneira individualizada, de acordo com as necessidades apresentadas.

Acompanhando o raciocínio do relato de caso a seguir, Neves et al.²⁰ consideraram que a SPP começa a apresentar seus sintomas em média aos 35 anos de vida. Nesses pacientes, além dos sintomas habituais, a queixa recorrente é a dor, que pode estar relacionada às atividades diárias realizadas, onde promove a sobrecarga da musculatura e/ou articulação e para amenizar as dores esse indivíduo acaba ficando mais tempo em repouso. Juntamente com esse repouso desenvolve-se um novo problema onde a musculatura fica ainda mais fraca e mais atrofiada sendo indispensável o acompanhamento com o fisioterapeuta para a reabilitação. Porém, mesmo com ajuda e acompanhamento do profissional fisioterapeuta e a equipe envolvida, essa reabilitação precisa ter um acompanhamento minucioso e bastante atencioso, pois esforços mínimos podem levar a uma sobrecarga dos neurônios remanescentes levando a um aumento da fadiga muscular evoluindo para um quadro de astenia. Após o paciente estabelecer um quadro clínico estável da doença, ao ser atacado por novos sintomas, ele precisa se readaptar e reiniciar um novo tratamento direcionado às novas sequelas, vivendo assim, com a incerteza do próximo passo.

A SPP só foi reconhecida e adicionada a Classificação Internacional de Doenças (CID 2010) no ano de 2010, graças a um trabalho realizado por pesquisadores brasileiros na Unifesp (Universidade Federal de São Paulo). Acredita-se que, por não existirem estatísticas do número de casos no Brasil, também não houve nenhum tipo de cuidado preventivo, o que torna impossível a apresentação de dados sobre a incidência e prevalência²¹.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Registraram-se grandes marcos na história da poliomielite como a imunização, o controle e eliminação da doença no Brasil e em alguns países do mundo. Nota-se que o impulso das campanhas vacinais no Brasil contribuiu fortemente para tais acontecimentos. Dentre tantos marcos, é possível destacar alguns dos quais são considerados ganhos na área da saúde, como a vigilância epidemiológica, a repercussão na área da saúde pública, o diagnóstico laboratorial do poliovírus, ganhos que também envolveram a política, a ciência, os aspectos sociais, culturais e econômicos. Entretanto,

nos tempos atuais, as coberturas vacinais no território brasileiro, têm registrado oscilações consideráveis e nos últimos anos, várias regiões do país demonstraram uma queda nessas taxas.

Mesmo sendo uma doença eliminada no Brasil há 32 anos, ainda existem os casos diagnosticados de vítimas com sequelas motoras, que fazem acompanhamento, conforme indicação médica, tratando as sequelas já existentes. Esses indivíduos são as possíveis vítimas da SPP.

Sendo assim, este estudo concluiu a importância da manutenção das ações de vigilância epidemiológica e principalmente, da intensificação da vacinação, além da atenção aos sinais e sintomas da síndrome pós-pólio, para se conhecer a real situação do número de casos. Para tanto, torna-se imprescindível a realização de futuros estudos que auxiliarão em novas estratégias para a busca da erradicação mundial da poliomielite e da reabilitação precisa para as pessoas com SPP.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da saúde. Poliomielite: paralisia infantil. Biblioteca Virtual em Saúde, 2018. [Acesso em 21 jan. 2021]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/dicas-em-saude>.
2. Lira CAB, Vancini RL, Cabral FR, Sousa BS, Minozzo FC, Quadros AAJ, et al. Síndrome pós-polio: renascimento da poliomielite? *Rev Einstein*. 2009; 7(2):225-8.
3. Silveira B, Bentes AA, Andrade MCV, Carvalho AL, Diniz LMO, Romanelli RMC. Atualização em poliomielite. *Rev Med Minas Gerais* 2019; 29(13):1-6.
4. Oliveira ASB, Maynard FM. Síndrome Pós-Poliomielite: aspectos neurológicos. *Rev. Neurociências* 2002; 10(1):31-34.
5. Oliveira AZB, Quadros AAJ, Gabbai AA, Steiner AL, Viana SF, Barros DR, et al. Síndrome pós-poliomielite (SPP): orientações para profissionais de saúde. São Paulo: SES/SP, 2008. Disponível em: <http://www.portaldeacessibilidade.rs.gov.br/uploads/1272309097Posx-Poliomielite.pdf>.
6. OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde. (2020) Folha informativa atualizada em janeiro de 2019-[internet]. [Citado em 25 março 2021]; Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5735:folha-informativa-poliomielite&Itemid=820.
7. Brasil, Ministério da Saúde. Informe técnico: Campanha nacional de vacinação contra

- a poliomielite e contra o sarampo, Brasília 2018. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/06/Informe-Campanha-Polio-e-Sarampo-04-07-2018-final-CGPNI.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2021.
8. Durante ALTC, Poz MRD. Saúde global e responsabilidade sanitária brasileira: o caso da erradicação da poliomielite. *Rev Saúde em debate*. 2014; 38(100):129-138.
9. Fundação Oswaldo Cruz. Poliomielite: sintomas, transmissão e prevenção, 2018. [Acesso em 21 de jan. 2021]. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/poliomielite-sintomas-transmissao-e-prevencao>.
10. Tavares FN. O início do fim da poliomielite: 60 anos do desenvolvimento da vacina. *Rev Pan-Amaz Saude*. 2015; 6(3):1-2.
11. Arroyo LH, Ramos ACV, Yamamura M, Weiller TH, Crispim JA, Ramos DC, et al. Áreas com queda da cobertura vacinal para BCG, poliomielite e tríplice viral no Brasil (2006-2016): mapas da heterogeneidade regional. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(4):1-18.
12. Dias JMB. Efeitos tardios da poliomielite. *Rev Neurociências*, 2002; 10(1):35-37.
13. Vranjac A. Síndrome pós-poliomielite. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(5):941-5.
14. Secretaria de Saúde da Bahia. Boletim Epidemiológico: Vigilância das Paralisias Flácidas e Agudas (PFA) - Bahia. [Atualizado em 2020]; Acesso em: 24 abril 2021. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/Boletim-PFA-2020_n%C2%BA01.pdf.
15. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília-DF. [Atualizado em 2009]; Acesso em: 22 abril 2021. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf.
16. Ministério da Saúde e Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de erradicação da poliomielite: estratégia no Brasil. Brasília-DF. [Atualizado em 2015]; Acesso em: 23 abril 2021. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/07/Plano-p--lio--Brasil--07-04-2016.pdf>.
17. Schatzmayr HG, Filippis AMB, Friedrich F. Erradicação da poliomielite no Brasil: a contribuição da Fundação Oswaldo Cruz. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*. 2002; 9(1):11-24.
18. Barros AP, Garcia AL, Fernandez BG, Santana GV, Santos HDH, Santos ICL, et al. A cobertura vacinal da Poliomielite no Brasil nos últimos 11 anos. *Cad. de publicações UNIVAG*, 2018; (9):11-17.

19. Ministério da saúde. Após o dia D contra a pólio e o sarampo, 51% das crianças estão vacinadas. Brasília, 2018. [Atualizado em 22/08/2018]; Acesso em 24/04/2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/apos-dia-d-contra-polio-e-sarampo-51-das-criancas-estao-vacinada>.

20. Neves MAO, Mello MP, Reis MPB, Rocha J, Rei AM, Antonioli RS, et al. A síndrome pós-polio e o processo de reabilitação motora: relato de caso. Rev Neurociências. 2007; 15(4):321-325.

21. Fenajufe - Federação Nacional dos Trabalhadores do Judiciário Federal e Ministério Público da União. Dia 24 de Outubro – Dia Mundial de Luta contra a Pólio e por Tratamento Digno a Pós Pólio. Brasília-DF. [Atualizado em 2014] Acesso em: 15 abril 2021. Disponível em: <https://www.fenajufe.org.br/noticias/agencia-de-noticias/artigos/2530-dia-24-de-outubro-dia-mundial-de-luta-contra-a-polio-e-por-tratamento-digno-a-pos-polio>.




VOLTAR AO
SUMÁRIO

O EFEITO DA DOENÇA PERIODONTAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS

Aline Xavier de Souza¹, Vanessa Reinaldo Carvalho¹,
Herbert Eustáquio Cardoso da Silva², Felipe Degrazia,
Bruna Genari¹, Daniela Abreu de Moraes^{1*}

RESUMO

Introdução: Os pacientes portadores do Diabetes Mellitus (DM), tipo 1 e tipo 2, possuem maiores chances de desenvolver doenças periodontais com maior velocidade de progressão e gravidade. **Objetivo:** Apresentar, por meio da revisão de literatura, o estabelecimento da relação bidirecional entre Doença Periodontal (DP) e Diabetes Mellitus em crianças e adolescentes. **Métodos:** Foram pesquisados artigos de estudos observacionais nas bases de dados BVS (Lilacs e Bbo), Pubmed e Scielo, publicados entre 2008 e 2018. **Resultados:** Os artigos evidenciaram que a Doença Periodontal tem característica inflamatória multifatorial, que em estágios mais graves pode evoluir para mobilidade e perda precoce de dentes. Desta forma, a literatura evidencia uma forte ligação bidirecional entre a saúde bucal e a saúde sistêmica, sendo a Diabetes Mellitus um fator de risco para a periodontite em crianças e adolescentes. **Conclusão:** Esse estudo reitera a relação bilateral entre doença periodontal e o diabetes mellitus e demonstra que, crianças e adolescentes com essa condição sistêmica, podem sofrer alterações na resistência bacteriana e exacerbar infecções existentes.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Doença Periodontal, Crianças, Adolescentes.

¹Centro Universitário UDF, Brasília-DF, Brasil

²Secretária de Saúde, Brasília-DF, Brasil

*Autor correspondente: daniela.di.moraes@gmail.com

ABSTRACT

Introduction: Patients with Diabetes Mellitus (DM), type 1 and type 2, are more likely to develop periodontal diseases with greater speed of progression and severity. **Objective:** To present, through a literature review, the establishment of the bidirectional relationship between Periodontal Disease (PD) and Diabetes Mellitus in children and adolescents. **Methods:** Articles from observational studies were searched in the BVS (Lilacs and Bbo), Pubmed and Scielo databases, published between 2008 and 2018. **Results:** The articles showed that Periodontal Disease has a multifactorial inflammatory characteristic, which in more severe stages can evolve to mobility and loss of teeth. Thus, the literature shows a strong bidirectional link between oral health and systemic health, with Diabetes Mellitus being a risk factor for periodontitis in children and adolescents. **Conclusion:** This study reiterates the bilateral relationship between periodontal disease and diabetes mellitus and demonstrates that children and adolescents with this systemic condition can suffer changes in bacterial resistance and exacerbate existing infections.

Keywords: Diabetes Mellitus, Periodontal Disease, Children, Teenagers.

1. INTRODUÇÃO

No último século houve um grande aumento de pessoas portadoras de Diabetes Mellitus (DM), e a taxa de incidência de diabetes cresceu 61,8% nos últimos 10 anos¹. Existem várias classificações para essa patologia, sobretudo as mais comuns são Tipo 1 (DM1) e Tipo 2 (DM2), com característica crônica, metabólica, autoimune, no caso do Tipo 1, e com envolvimento sistêmico devido a deficiência ou ausência de produção do hormônio insulina nas células β , nas Ilhotas de Langerhans do pâncreas^{1,2,3}.

No DM Tipo 1 o pâncreas deixa de produzir a insulina (hormônio que regula o carregamento do açúcar nas células), e em alguns indivíduos, o sistema imunológico ataca equivocadamente as células β do pâncreas, e por isso, reduz a produção da insulina. Dessa maneira, a glicose não consegue infiltrar nas células, ficando acumulada no sangue, podendo produzir autoanticorpos que atuam no pâncreas. Outras causas dessa patologia possuem etiologia idiopática².

Observa-se que o DM Tipo 2 é o tipo mais comum, e geralmente atinge o adulto na quarta década de vida. Estudos apontam que a incidência desta patologia é cada vez maior em adolescentes⁵. Sua ocorrência está associada a uma resistência periférica dos tecidos aos efeitos da insulina, a chamada resistência à insulina, na qual os tecidos não respondem bem ao excesso de glicose circulante e não conseguem captá-la, inviabilizando a manutenção em um nível normal (normoglicemia). Cerca de 90% das pessoas com DM, têm o Tipo 2, que acomete normalmente pessoas com IMC elevado⁵.

Aproximadamente 75% dos diabéticos Tipo 1 são diagnosticados antes dos 18 anos de idade. Entre os primeiros sinais clínicos de diabetes estão: poliúria, polidipsia, polifagia e, em casos graves, cetoacidose. E ainda incluem algumas complicações a longo prazo como: nefropatia, neuropatia periférica, neuropatia autônoma e disfunção sexual^{3,6}.

Foi demonstrado que em crianças e adolescentes com diabetes Tipo 1, há maior acúmulo de placa bacteriana em relação aos que não possuem tal comorbidade. Uma explicação para este resultado comum é a diminuição do fluxo salivar, muitas vezes observada em pacientes com diabetes do Tipo 1⁵.

Existem muitos mecanismos no DM que contribuem para maior severidade nos pacientes com Doença Periodontal (PD), tais como, os Advanced Glycation End-products (AGES), que estimulam uma produção aumentada de mediadores inflamatórios, como interleucina-1 (IL-1), fator necrose tumoral alfa (TNF- α) e prostaglandina E2 (PGE2). Além disso, ocorre também a diminuição da quimiotaxia, aderência e fagocitose de neutrófilos e além disso, alterações salivares, que propiciam o crescimento de bactérias periodontopatogênicas e a precipitação de cálculo. Outras alterações são herança de determinados polimorfismos genéticos, fenótipos hiper-reativos de neutrófilos

e macrófagos e alterações nos vasos sanguíneos e no tecido conjuntivo². Todavia, estas alterações apresentam uma grande expressão Metaloproteinase de Matriz-8 (MMP-8) no periodonto, contribuindo para a exacerbação da destruição dos tecidos periodontais^{3,5}.

A periodontite é altamente prevalente em pacientes diabéticos e é considerada uma das principais complicações de DM, e sua decorrência se dá pela interação entre o acúmulo de biofilme dental e metabólitos bacterianos produzidos sobre a margem gengival. O desenvolvimento da DP depende diretamente da resposta imunológica do hospedeiro, com maior severidade e velocidade de progressão nos diabéticos do que aquela observada em indivíduos não diabéticos⁷. Nos casos de pacientes diabéticos não controlados ou não diagnosticados, observa-se o surgimento de vários abscessos periodontais, pois a doença reduz o mecanismo de defesa e altera a resposta dos tecidos periodontais aos irritantes locais, estimulando a perda óssea e retardando a cicatrização^{12,7}.

Além disso, os adolescentes diabéticos apresentam uma prevalência elevada de DP em comparação com pacientes saudáveis nessa mesma faixa etária². Desta maneira, o objetivo dessa revisão de literatura é analisar a relação da Doença Periodontal em crianças e adolescentes portadores do Diabetes Mellitus.

2. MÉTODOS

Foram feitas buscas nas seguintes bases de dados: BVS (Lilacs e Bbo), PubMed e Scielo, selecionando artigos no período entre janeiro de 2008 a dezembro 2018. Após as buscas nas bases de dados, as referências duplicadas foram excluídas manualmente. Os artigos selecionados não houve limitação quanto a língua. Foram utilizados os seguintes descritores individuais e combinados, na base BVS (Lilacs e Bbo) e Scielo: ((adolescentes OR adolecent OR Jovem OR Jovens OR Adolescência OR Juventude) AND ("Diabetes Mellitus" OR "Diabete mellitus" OR "Diabete Melito" OR Diabetes OR "Diabetes Melito")) AND ("Enfermedades Periodontales" OR "Doenas Periodontais" OR "Doença Periodontal" OR "Paradontose" OR "Piorreia Alveolar" OR "Parodontose" OR "Periodontite Periapical Supurativa" OR "Periodontite Apical Supurativa"). Na base PubMed: ((Adolescent OR "Adolescent Medicine") AND ("Diabetes Mellitus" OR "Diabetes Type 1" OR "Diabetes Type 2")) AND ("Periodontal Disease" OR Gingivitis OR "Periapical Abscess"). Os descritores foram encontrados no Medical Subject Headings - MESH (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>) e nos Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (<http://decs.bvs.br/>).

Foram incluídos os artigos observacionais nos quais são analisados os efeitos da doença periodontal em pacientes púberes com diabetes. Os critérios de exclusão são: artigos de revisão de sistemática, revisão narrativas, revisão integrativas, cartas, anais de congresso, experimentos em animais, artigos in vitro, monografias e artigos com outras comorbidades associadas (HIV, doenças nefríticas, doenças autoimunes, etc.). Os artigos foram lidos por dois revisores independentes (AXS e EOL) que fizeram avaliação quanto aos critérios de inclusão e exclusão e os casos de divergências um terceiro revisor (DAM) decidiu sobre os casos divergentes.

Foram selecionados 17 artigos: 07 artigos eram em português, 05 artigos em inglês, 02 em espanhol, 01 em polonês, 01 em árabe e 01 em grego. Do total de 17 artigos nas bases de dados 03 foram identificados na base Scielo, 09 na base BVS e 05 na base PubMed.

3. REVISÃO DE LITERATURA / RESULTADOS

DIABETES MELLITUS (DM)

O DM é uma doença crônica com elevada incidência no Brasil. Segundo os dados do Ministério da Saúde (MS), o diagnóstico da enfermidade aumentou 61,8% em 10 anos, de acordo com a pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (Vigitel), entre 2006 e 2016. Em outra pesquisa sobre o percentual de homens que apresentaram diagnóstico médico de diabetes, a Vigitel mostrou um aumento de 54%, entre os anos de 2006 e 2017. Há 11 anos, o percentual de homens que tinham sido diagnosticados com a doença era de 4,6%, agora o índice passou para 7,1%. Apesar de apresentarem percentual mais elevado em 2017, as mulheres (8,1%) tiveram um crescimento de 28,5% no mesmo período.

Essa patologia faz parte de um grupo de doenças metabólicas autoimunes, caracterizada por hiperglicemia e também por insuficiência ou ausência de insulina no pâncreas, aumentando assim, o nível glicêmico nas células β . O DM pode ser classificado de acordo com sua etiologia, onde as formas mais comuns são Tipo I, Tipo II e o Gestacional^{2,3,4}. Assim também, o DM se relaciona com alterações no grupo de placa bacteriana e a produção de mediadores inflamatórios, reduzindo assim a eficácia da resposta imune do hospedeiro^{2,5}.

O DM Tipo 1 ocorre devido a destruição das células β dentro das Ilhotas de Langerhans do pâncreas, que são responsáveis pela síntese e secreção do hormônio insulina. O DM geralmente está associado a processos autoimunes e etiologia idiopática¹, porém não é só o DM que pode resultar na deficiência do pâncreas pois

há outros fatores como a pancreatite, fibrose cística, entre outros^{2,3-5}. O DM Tipo 1 pode acometer crianças, adolescentes, e também indivíduos adultos e idosos, que necessariamente dependem da administração de insulina^{3,4}. Além das alterações metabólicas e morfológicas em muitos tecidos e órgãos que caracterizam o Tipo 1, pode haver alterações na cavidade oral, como na função das glândulas salivares, alterando a secreção e propriedades físico-químicas salivares. Essas mudanças predispõem os pacientes diabéticos à cárie dentária, infecções fúngicas, alterações na mucosa oral, periodontite, queilite, entre outras possíveis manifestações bucais⁹.

O DM Tipo 2 consiste numa variação da resistência à insulina que avança para uma deficiência de insulina devido a uma falha estrutural das células β do pâncreas². Resulta da interação entre predisposição genética, ainda carente de identificação, e entre outros fatores como a obesidade e/ou o sedentarismo¹⁰.

O DM Tipo 2 resulta, em geral, de graus variáveis de resistência à insulina e de deficiência relativa de secreção de insulina. É, hoje, considerado como resistência à insulina e ocorre em 90% dos pacientes diabéticos. Denomina-se resistência à insulina o estado no qual ocorre menor captação de glicose por tecidos periféricos (especialmente muscular e hepático), em resposta à ação da insulina. As demais ações do hormônio estão mantidas ou mesmo acentuadas⁷.

A fisiopatologia do DM Tipo 2 em crianças e adolescentes é semelhante à do adulto, e compreende tanto a resistência à ação da insulina como uma alteração na função da célula β pancreática. O fator genético para DM2, a presença de obesidade, a acanthosis nigricans, o peptídeo C de jejum superior a 0,6 ng/ml, a ausência de anticorpos antiilhotas pancreáticas, em combinações variáveis, são fatores importantes para o diagnóstico desse tipo de DM¹³.

Cerca de 50% dos adolescentes com DM não sabe que são portadores da doença, por isso, testes de rastreamento são indicados em indivíduos assintomáticos, que apresentem maior risco da doença que são: sobrepeso, obesidade central, antecedente familiar (mãe ou pai) diabéticos, hipertensão, história de diabete gestacional, ovário policístico, doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida⁸.

Em seu estágio inicial, o DM Tipo 2 é assintomático, o que dificulta seu diagnóstico por muitos anos, propiciando com isso, o desenvolvimento de complicações crônicas e manifestações clínicas, às vezes irreversíveis. Os adolescentes com esta forma do DM não são dependentes de insulina exógena para sobrevivência, porém podem necessitar de tratamento com insulina para a obtenção de um controle metabólico adequado².

Dessa forma, nos portadores de DM, a hiperglicemia pode causar dano tecidual sem apresentar sintomas clínicos por muitos anos antes do diagnóstico; entretanto, nos casos de hiperglicemia severa, poderão ocorrer numerosos sintomas, como: polidipsia, poliúria, polifagia e perda de peso e redução vascular periférica. Com a insuficiência vascular periférica, ocorrem distúrbios de cicatrização e alterações fisiológicas que

diminuem a capacidade imunológica e aumentam a susceptibilidade às infecções^{2,5}.

DOENÇA PERIODONTAL (DP)

As DPs compreendem um grupo de condições crônicas inflamatórias induzidas por microrganismos que levam à inflamação gengival (gengivite) ou destruição dos tecidos de inserção do dente e perda óssea alveolar (periodontite). Grupos específicos de microrganismos anaeróbios Gram-negativos no biofilme dental são reconhecidos como principais agentes etiológicos da Periodontite¹⁶. Contudo, parte do dano tecidual observado é causada de maneira indireta da resposta do hospedeiro diante da infecção, e não pela agressão direta do agente infeccioso^{3,16}.

A periodontite em grau severo pode levar a perda dentária e está presente em 7,4% da população mundial, sendo a sexta doença mais prevalente no mundo em indivíduos com mais de 40 anos¹⁸. É causada pelo acúmulo e maturação do biofilme, evoluindo para uma infecção bacteriana que acomete as estruturas de suporte e sustentação dos dentes. Se não for tratada pode resultar em perdas progressivas de osso alveolar, migração apical do epitélio juncional e formação de bolsas periodontais^{3,6,7}. Todo o processo de desenvolvimento da Periodontite ativa um processo inflamatório que consequentemente estimula o sistema imunológico, resultando assim na síntese e liberação de citocinas e outros mediadores pró-inflamatórios e de metaloproteinases da matriz².

Os microrganismos são, no caso da DP, os agentes desencadeadores da resposta inflamatória devido à presença de lipopolissacarídeos e exotoxinas. Os mediadores da inflamação e a resposta imune do hospedeiro são responsáveis por regular o processo, reduzindo a perda óssea e de tecido conjuntivo do ligamento periodontal^{3,14}. Clinicamente, as manifestações da inflamação são, eritema, sangramento e alteração na textura do tecido gengival¹⁴.

A gengivite é manifestada pelo sangramento à sondagem em mais de 10% dos sítios presentes em boca. Esse sangramento pode ocorrer, tanto na gengiva marginal, como na gengiva papilar e inserida. As doenças gengivais podem ser induzidas ou não pela presença do biofilme dentário¹⁴. Além disso a DP tem sido apontada como um fator de risco para a ausência do controle glicêmico em pacientes descompensados³.

DIABETES MELLITUS E DOENÇA PERIODONTAL UMA RELAÇÃO BIDIRECIONAL

Há evidências científicas que comprovam que a DP está ligada ao controle metabólico da DM, e esse mecanismo ocorre de maneira birectional, ou seja, tanto a DP influencia na DM quanto a DM influencia no controle periodontal. Infecções periodontais

podem, como qualquer outro tipo de infecção, dificultar o controle da glicemia no paciente diabético, devido ao fato de uma infecção aguda predispor a resistência à insulina, desencadeando um estado de hiperglicemia crônica^{2,3}.

Vários mecanismos contribuem para maior severidade desta doença em indivíduos com diabetes, tais como AGEs, que estimulam uma produção aumentada de mediadores inflamatórios, como interleucina-1 (IL-1), fator de necrose tumoral alfa (TNF- α) e prostaglandina E2 (PGE2), como também promovem diminuição de quimiotaxia, aderência e fagocitose dos neutrófilos; alterações salivares, que estimulam o crescimento de bactérias periodonto patogênicas e a precipitação de cálculo, herança de determinados polimorfismos genéticos, fenótipos hiper-reativos de neutrófilos e macrófagos, além de alterações nos vasos sanguíneos e no tecido conjuntivo.^{2,16} Quanto à alterações inflamatórias, sabe-se que a formação dos AGEs está ligada ao tempo em que o organismo ficou exposto à hiperglicemia. Dessa forma, quanto maior a duração do diabetes e pior o controle glicêmico, a quantidade desses produtos circulando e acumulados nos tecidos periodontais será maior².

Desta maneira, essas substâncias estimulam a transformação do colágeno em compostos menos solúveis, menos flexíveis e mais resistentes à ação de enzimas, contribuindo para dificuldade de cicatrização encontrada em pacientes diabéticos³. Existe também uma ativação dos osteoclastos e collagenases, induzindo à destruição do osso e tecido conjuntivo, aumentando a progressão e severidade da doença periodontal^{3,4}.

A associação entre a DP e o DM está relacionada a vários fatores como suscetibilidade individual, idade, controle glicêmico, duração do diabetes, cuidados com a saúde bucal e hábitos como o tabagismo⁴.

Sousa et al². realizaram uma pesquisa epidemiológica em um município da Região do Nordeste, obtendo uma abordagem quantitativa dos dados relacionados à DM e DP na Unidade de Saúde da Família (USF). 79 pacientes participaram da pesquisa, incluindo pacientes portadores de DM, dentados e edêntulos parciais, cadastrados no programa HIPERDIA/SUS. Os autores concluíram que os pacientes com DM apresentaram uma grande prevalência de dentes perdidos, carência de informações sobre os cuidados de higiene bucal e da relação entre a DP e o DM, e a falta de acompanhamento pelo Cirurgião-Dentista regularmente.

Alvarez et al³. realizaram um estudo de caso controle para identificar a prevalência de doenças orais em indivíduos portadores e não portadores de DP. Foram examinados 312 pacientes, dos quais 194 (62,1%) eram mulheres e 118 (37,8%) homens. Os pacientes tinham entre 20 e 70 anos de idade; com o objetivo de mostrar doenças orais e sistêmicas desses pacientes. Os autores observaram que em indivíduos com DM2 associada a obesidade em relação à presença de periodontite, também foram encontradas diferenças estatísticas, pois evidenciou uma frequência mais alta de pacientes com periodontite com DM2 (36,7%), em comparação com indivíduos com DM1

(10,5%) não portadores de DM (6,6%)³. Encontraram ainda diferenças semelhantes para a presença de periodontite, quando a hipertensão arterial estava presente em DM2 (46,8%), DM1 (10,5%) e controles (7,6%). Além disso, periodontite foi encontrada mais frequentemente em pessoas com diabetes DM2 (29,1%) do que em grupos de DM1 (5,2%) e os controles (3,5%) quando há obesidade e hipertensão arterial estavam presentes em conjunto nesses pacientes. Nos indivíduos portadores de doenças sistêmicas, houve uma frequência significativamente elevada de doenças orais³. Concluíram que há uma associação significativa entre o DM2 e a presença de DP, principalmente periodontite, e a sua relação com uma alta concentração de glicose no sangue, a existência de obesidade e hipertensão significativa em pacientes com DM2³.

PROBLEMAS PERIODONTAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES DIABÉTICOS.

Uma das principais causas da perda precoce dos dentes em grande número de indivíduos jovens no mundo são as doenças inflamatórias infecciosas que afetam as estruturas de sustentação dos dentes, como o cemento, ligamento periodontal e osso alveolar. Enquanto as bactérias são essenciais para o desenvolvimento da periodontite, elas são insuficientes sozinhas, sendo necessário um hospedeiro susceptível além da presença do tempo e substrato^{2,4}.

No estudo realizado por Rosas et al¹³. foi observado que a distribuição geral do DM1 ocorre igualmente em ambos os gêneros em crianças. Observou-se que o DM2 possui menos frequência, e tem maior predileção pelo sexo feminino. Esse fenômeno é caracterizado em estatísticas mundiais, relatando que o DM 2 é pouco frequente em crianças, sendo mais frequente em adolescentes acima dos 10 anos de idade.

Verificaram ainda que o DM1 é uma síndrome de hidrato de carbono anormal, gordura e metabolismo de proteínas, que resulta em complicações agudas e crônicas devido à falta absoluta ou relativa de insulina. Um grande número de doenças bucais tem sido associado com o DM e outras complicações derivadas desta patologia auto-imune. A associação entre o DM e o DP tem recebido a maior atenção, entretanto outras entidades como a cárie, a disfunção salivar, patologias dos tecidos moles, infecções orais e outros distúrbios sensoriais têm recebido muito menos atenção e menos ainda na população DM1 pediátrica¹³.

Em 2008, Xavier et al⁴. realizaram um estudo em crianças e adolescentes diabéticos onde avaliaram as condições periodontais e fatores relacionados, observando uma prevalência significativa de gengivite e de periodontite. Indivíduos com mau controle metabólico tiveram maiores percentuais de sítios com alteração de Profundidade de Sondagem (PS). Indivíduos com mais de 5 anos de DM apresentaram maiores

percentuais de sítios afetados na avaliação.

Conforme Coelho et al.⁶ existe uma relação comprovada entre o DM e as complicações de saúde bucal, que impõem a necessidade para estes pacientes serem integrados em programas odontológicos preventivos para adolescentes. Os autores sugerem ainda, que crianças portadoras de DM1, estão associados com alguns fatores de risco da doença periodontal.

Busato et al.¹⁰ realizaram um estudo com objetivo de avaliar a associação entre o controle metabólico e saúde oral de adolescentes com DM1. Os adolescentes diabéticos, com o controle metabólico enfraquecido, reduzem o fluxo da saliva, com isso aumentam a presença de várias lesões na mucosa bucal. O DM1 na adolescência, independentemente do controle metabólico, aumenta a prevalência de DP, lesões em mucosa labial, cárie e redução na taxa do fluxo salivar. Os resultados deste estudo confirmaram que a saúde oral em adolescentes com DM1 foram prejudicadas, reforçando a necessidade de monitorar a saúde bucal desses pacientes. Deste modo, a prevalência de manifestações em mucosa oral dos adolescentes diabéticos está relacionada ao controle metabólico deficiente.

Kuźmiuk et al.⁹ realizaram um estudo sobre a condição periodontal de pacientes diabéticos que apresentavam diferentes níveis de controle e revelaram que os pacientes diabéticos bem controlados possuíam melhor saúde periodontal, havendo declínio na prevalência de perda de inserção e faces com sangramento. Avaliando-se adolescentes com idade entre 12 e 18 anos, verificou-se que crianças diabéticas possuíam maior inflamação gengival, quando comparadas a crianças saudáveis, apesar de possuírem níveis de placa similares.

O problema periodontal mais frequente observado em adolescentes diabéticos tipo 1, é o sangramento a sondagem, destacando a importância da prevenção e monitoramento de adolescentes DM1 por profissionais de saúde oral, para evitar a progressão da doença e insuficiência da saúde geral. O controle periodontal de DM1 deve ser estabelecido muito cedo, mesmo na presença de um bom controle metabólico da doença¹⁰.

Observa-se que crianças diabéticas do tipo 1, com baixo controle metabólico, geralmente iniciam o processo de periodontite em torno da puberdade⁹. A falta de controle de biofilme é fator primordial para o agravamento da doença periodontal¹⁰. Além da intensa resposta inflamatória destrutiva provocada pelos agentes etiológicos microbianos da doença e resposta inflamatória, as manifestações sistêmicas do diabetes, tais como microangiopatia, resposta imune alterada, metabolismo alterado do colágeno e aumento na atividade da matriz de metaloproteinase, também podem contribuir para a patogenia do diabetes associado à doença periodontal¹¹.

Além disso, as diferenças observadas na taxa de fluxo e composição da saliva em crianças portadoras de diabetes tipo 1, em relação aos controles, podem explicar

em parte o porquê do maior risco para infecções periodontais.¹¹ A saliva dessas crianças tem teor mais alto de peroxidase, glicose, magnésio e cálcio, enquanto o pH, a taxa de fluxo e a capacidade de tamponamento são baixas, comparadas com aos dos controles saudáveis^{9,11}.

4.DISCUSSÃO

Conforme dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que a glicemia elevada é o terceiro fator da causa de mortalidade prematura, superada apenas por hipertensão arterial aumentada e o tabagismo¹⁹. O DM está associado à maiores taxas de hospitalizações, maior utilização dos serviços de saúde, bem como maior incidência de doenças cardiovasculares, amputações e cegueira. Pode-se prever os elevados custos que isso representará, nos próximos anos, para os sistemas de saúde de vários países, em especial nos países em desenvolvimento, onde seus governantes ainda enfrentam desafios no controle de doenças infecciosas¹⁹.

A DP em jovens com uma resposta imunológica prejudicada é totalmente diferente em pacientes normais. A literatura sugere que há ligação entre saúde bucal e saúde sistêmica. O DM é um fator de risco para a periodontite, assim como a periodontite é um fator de risco para o agravamento da DM2. A DP, assim como a cárie, é uma das doenças bucais mais comuns no Brasil, sendo responsáveis pela grande maioria de perdas dentárias. Logo sabe-se que a terapia periodontal pode ter efeitos benéficos no controle glicêmico e estado geral da doença. A periodontite avançada está associada com a piora do controle glicêmico e também as complicações clássicas dos diabéticos^{4,6,10}.

De acordo com Alasqah¹⁵, os parâmetros periodontais são piores em indivíduos hiperglicêmicos do que normoglicêmicos. Uma justificativa para isso, é que a hiperglicemia crônica aumenta a produção de citocinas pró-inflamatórias nos tecidos periodontais, aumentando assim a inflamação periodontal. A cerca disso pode-se afirmar que o DM não causa gengivite ou bolsas periodontais, mas a doença reduz o mecanismo de defesa e altera a resposta dos tecidos periodontais aos irritantes locais, estimulando a perda óssea e retardando a cicatrização pós-cirúrgica dos tecidos periodontais^{12,15}.

O resultado da liberação de citocinas inflamatórias, se dar pela localização do biofilme dentro ou abaixo do sulco gengival interage com o sistema imune do hospedeiro, quimiocinas e outros mediadores inflamatórios. Deste modo, leva a uma destruição gradual das estruturas de apoio dos dentes e se agrava ainda mais pelo fato do comprometimento imunológico dos diabéticos^{8,9}.

Chrysanthakopoulos¹¹, menciona que há evidências que gengivite consiste um problema significativo em adolescentes, tendo em vista a dificuldade de higienização e

falta de motivação nesta idade, o que promove a conscientização do cirurgião dentistas para fazer um diagnóstico precoce e identificar as diferentes formas e fatores etiológicos desta condição. Já para Spezzia¹⁴, o emprego de conduta terapêutica odontológica preventiva, visa capacitar os adolescentes quanto a manutenção satisfatória de sua higiene oral, e possui um papel de relevância por minimizar possíveis transtornos por problemas periodontais, que podem ser agravados, dependendo do quadro de manifestação e que podem causar transtornos em idades futuras. Diante dessas conclusões, temos um campo aberto para discussão, pois entende-se a importância do cirurgião dentista para fazer um diagnóstico precoce da gengivite, como também, é importante a necessidade de o adolescente desenvolver a capacidade de manter a higiene oral^{11,14}.

Araújo et al¹², realizaram uma pesquisa onde apanharam uma amostra composta por 532 crianças e adolescentes selecionados, sendo 272 de 7 a 10 anos e 260 indivíduos de 11 a 14 anos. Foram realizados exames a fim de determinar as condições periodontais e as necessidades de tratamento dos indivíduos. Concluíram que pode ser eficientemente de exames de PS (Profundidade de Sondagem) como método de triagem inicial das condições periodontais em crianças e adolescentes¹². Os autores consolidam, dessa forma, a importância de exames para determinar as condições periodontais nas crianças e jovens, bem como nos adultos.

Xavier et al⁴. sugerem crianças e adolescentes portadores do DM com maior duração e controle metabólico inadequado podem ser considerados variáveis preditoras de risco para a suscetibilidade à DP. A melhora no controle metabólico de pacientes diabéticos contribua de alguma forma na melhora aos danos nos tecidos periodontais. Juntamente de medidas de prevenção e rastreamento para diagnóstico precoce das complicações crônicas já reconhecidas e amplamente adotadas para os pacientes diabéticos, esse estudo sugere que é necessário valorizar também a avaliação oral.

Nesse contexto, o de Alvarez³. demonstra associações significativas entre a presença de periodontite e DM tipo 2, especialmente em pacientes com níveis de hiperglicemia elevado, obesidade e hipertensão. No DM tipo 2 pode ser um fator de desencadeamento da DP e, provavelmente, aumenta o seu desenvolvimento, como a obesidade e hipertensão estão presentes, especialmente para desenvolver a periodontite, de modo que a obesidade e hipertensão também podem desempenhar um papel de apoio em termos de gravidade da DP. Estes resultados mostram que um mau controle metabólico dos pacientes tanto com DM tipo 1 quanto o tipo 2, possuem uma forte associação com as DPs, por isso precisam de um acompanhamento multiprofissional com o odontopediatra para ajudar a prevenir o agravamento dos problemas de saúde bucal e contribuir para a estabilização do controle glicêmico^{4,3}.

A importância de instruir o paciente quanto a técnica de higienização certa para que esse tenha um conhecimento suficiente acerca do uso do fio dental e escovação, de maneira que o adolescente por si só tenha um bom desempenho. Somente após os sete anos de idade as crianças têm coordenação motora suficiente para realizar uma correta higiene bucal, antes desse período elas necessitam do auxílio dos responsáveis para uma correta higiene bucal até que elas tenham mais destreza manual. A saúde gengival deve ser um fator prioritário para que o futuro adulto tenha saúde periodontal. A educação em saúde bucal deve ser levada a qualquer população especialmente para aqueles com fatores de risco^{12,14}.

Um fator limitador da presente revisão foram as poucas pesquisas que têm examinado a condição periodontal na dentição decídua e mista. Alguns autores que investigaram a DP e DM em crianças e adolescentes concordam que existe uma relação direta entre o agravamento da severidade e velocidade de progressão da DP em pacientes com DM descompensado ou não tratado, além da necessidade de educação em saúde voltado para prevenção da DM aliado ao estímulo ao cuidado da saúde bucal⁵. Mais pesquisas são necessárias para determinar a influência de produtos microbianos e mediadores que poderiam afetar a atividade da insulina na infância e adolescência, uma vez que vários mediadores são conhecidos por reduzir a sensibilidade a insulina¹³.

Não obstante, o DM não causar gengivite ou bolsas periodontais, existem indícios de que a patologia reduz o mecanismo de defesa e altera a resposta dos tecidos periodontais aos irritantes locais, assim estimula a perda óssea e retardando a cicatrização pós-cirúrgica dos tecidos periodontais. Em contrapartida, as alterações periodontais podem dificultar o controle do DM e agravar a doença. Em pacientes diabéticos com periodontite, a terapia periodontal pode ter efeitos benéficos no controle glicêmico e no quadro geral da doença^{11,14}.

Diante desses estudos, pode-se afirmar que o DM pode reduzir o mecanismo de defesa da DP, e esta outra pode agravar o controle metabólico, sendo que a falta de prevenção e tratamento da DP na infância pode progredir para formas mais agressivas e generalizadas na adolescência, causando uma intensa destruição dos tecidos periodontais.

5. CONCLUSÃO

A partir da revisão da literatura realizada, conclui-se que crianças e adolescentes diabéticos têm maiores chances de desenvolverem DPs como gengivite e periodontite, o que ocasiona consequências na vida adulta como perda dentária, necessidade de procedimentos de reabilitação oral e dificuldades no desenvolvimento social.

Observa-se poucos estudos na literatura, que relatam a relação da DP em crianças e adolescentes diabéticos, sendo necessário estudos para o levantamento de dados concisos, com finalidade de consolidar uma relação com significância estatística na literatura científica. Dessa forma, ressalta-se a importância do diagnóstico precoce das condições periodontais em crianças e adolescentes diabéticos, além da conscientização da equipe multiprofissional para a implementação de estratégias de intervenção anteriores à ocorrência de danos aos tecidos periodontais.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pimentel I. FIOCRUZ. [Online].; 2018 [cited 2019 04 10. Available from: <https://portal.fiocruz.br/noticia/taxa-de-incidencia-de-diabetes-cresceu-618-nos-ultimos-10-anos>.
2. Sousa JNLd, Nóbrega DRdM, Araki ÂT. Perfil e percepção de diabéticos sobre a relação entre diabetes e doença periodontal. Revista de Odontologia da UNESP. 2014 Julho-Agosto; 43(4).
3. Álvarez DP, Cristóbal LFE, Burciaga RGC, Molina RB, González RG, Gastelum MGP, et al. Evaluación de la enfermedad periodontal e hiperglucemia asociados con diabetes mellitus tipo 2 en pacientes del estado de Durango, México. Revista de la Asociación Dental Mexicana - ADM. 2016 Março-Abril; 73(2).
4. Xavier ACV, Silva IN, Costa FO. Condição periodontal de crianças e adolescentes com diabetes melito tipo 1. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia. 2009 Abril; 53(3).
5. Coelho ASEdC, Carneiro AS, Pereira VF, Paula AP, Macedo AP, Carrilho EVP. Oral Health of Portuguese Children with Type 1 Diabetes: A Multiparametric Evaluation. The Journal of Clinical Pediatric Dentistry. 2018 Maio-Junho; 43(3).
6. Barros AS, Melo EAC, Filho CSdC, Silva CHFd, Carneiro SV. Prevalência da Doença Cárie e Periodontal em Adolescentes de Uma Escola da Rede Particular de Quixadá - Ce. Revista Expressão Católica. 2015 Jul-Dez; 4(2).
7. Souza CC, Nicoli DF, Souza KF, Sanches SB, Cirqueira TdR, Reis LBMD, et al. Visão do paciente sobre a relação bilateral entre o diabetes mellitus e as doenças periodontais. Revista Brasileira de Odontologia. 2016 Out-Dez; 73(4).
8. Rocha G. Ministério da Saúde. [Online].; 2017 [cited 2019 Abril 8. Available from: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/sas/41846-diabetes-aumenta-no-pais-e-ja-atinge-9-dos-brasileiros>.

9. Kuźmiuk A, Kolada GM, Cepowicz EŁ, Obidzńska M, Obidzńska M, Chorzewska E, et al. Importance of dental care to maintain oral health of children and youth with type 1 diabetes. *Medycyna Pracy*. 2018 Janeiro; 69(1).
10. Busato IMS, Bittencourt MS, Machado MÂN, Grégio AMT, Alanis LRA. Association between metabolic control and oral health in adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology and Oral Radiology*. 2010 Mar; 109(3).
11. Chrysanthakopoulos NA. Prevalence of gingivitis and associated factors in 13–16 year old adolescents in Greece. *European Journal of General Dentistry*. 2016 Maio-Agosto; 5(2).
12. Araújo LMdL, Cezário ES, Araújo LHdL, Costa FdO, Zenóbio EG. Condições Periodontais de Crianças e Adolescentes Participantes de um Programa de Saúde Bucal. *Sistema de Información Científica Redalyc Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. 2011 Abril-Junho; 11(2).
13. Rosas CYDR, Vargas EC, Delgado JEC, Galaviz LAA, Medina MCA. Dental, periodontal and salivary conditions in diabetic children associated with metabolic control variables and nutritional plan adherence. *European Journal of Paediatric Dentistry*. 2018 Junho; 19(2).
14. Alterações Periodontais na Adolescência. *Revista Periodontia*. 2018 Março; 28(1).
15. ALASQAH M, MOKEEM S, ALRAHLAH A, AL-Hamoudi N, ABDULJABBART, AKRAM Z, et al. Periodontal parameters in prediabetes, type 2 diabetes mellitus, and non-diabetic patients. *Brazilian Oral Research*. 2018 Agosto; 32.
16. Golbert A, et al.. *Diretrizes Sociedade Brasileira Diabetes 2017 2018* Souza D, editor. São Paulo: Clannad Editora Científica; 2017.
17. Harron KL, et al.. Incidence rate trends in childhood type 1 diabetes in Yorkshire, UK 1978–2007: effects of deprivation and age at diagnosis in the South Asian and non-South Asian populations. *DIABETICMedicine*. 2011 Dezembro; 28(12).
18. Kassebaum , et al.. Global, Regional, and National Prevalence, Incidence, and Disability-Adjusted Life Years for Oral Conditions for 195 Countries, 1990–2015: A Systematic Analysis for he Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. *Journal of Dental Research*. 2017 Fev; 96(4).
19. World Health Organization e. *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009.




VOLTAR AO
SUMÁRIO

ESTUDO DA UTILIZAÇÃO DO ÓLEO ESSENCIAL DE CITRONELA (CYMBOPOGON WINTERIANUS) NO CONTROLE DO ECTOPARASITA RHIPICEPHALUS (BOOPHILUS) MICROPLUS E PROPOSTA DE DESENVOLVIMENTO DE FORMULAÇÃO TÓPICA

STUDY ON THE USE OF CITRONELA ESSENTIAL OIL (Cymbopogon winterianus) IN THE CONTROL OF ECTOPARASITE Rhipicephalus (Boophilus) microplus AND TOPICAL FORMULATION DEVELOPMENT PROPOSAL

Alexandre Faustino de Sousa Cabral¹, Guilherme de Melo Oliveira Gomes¹, Wanderson Carlos de Araújo Sousa¹, Maria Bernadete Rodrigues Queiroz^{1*}

RESUMO

Capaz de proporcionar grandes perdas à pecuária brasileira, o carrapato *Rhipicephalus (Boophilus) microplus* é amplamente distribuído em território nacional e pode parasitar diversos animais tanto de produção quanto silvestres. Além de danos diretos, pode transmitir patógenos para seus hospedeiros, causando infecções secundárias e por esses motivos seu controle é de muita importância tanto para a saúde dos animais quanto para os seres humanos. Atualmente, o controle deste parasita é feito por uso de substâncias químicas antiparasitárias, os carrapaticidas, que em sua maioria são compostos sintéticos. Frente a isso, tem-se levantado outros métodos como formas alternativas de controle de pragas, entre eles o uso da fitoterapia. Uma das plantas medicinais com grande potencial acaricida é a citronela. O objetivo do trabalho foi apresentar e discutir resultados encontrados, por meio de pesquisa, em relação a atividade acaricida do óleo essencial de citronela (*Cymbopogon winterianus*) sobre o carrapato *Rhipicephalus (Boophilus) microplus* e propor uma formulação tópica com óleo essencial de citronela. A metodologia utilizada foi uma revisão de bibliografia disponível publicada nas principais bases de dados científicos no período entre 2014 e 2020. Com isso, conclui-se que a espécie *Cymbopogon winterianus* apresentou potencial atividade acaricida em concentrações que variam de 6 a 25%, foi apresentada sugestão de delineamento de produto veterinário tópico a base de óleo essencial de *Cymbopogon winterianus* juntamente com rótulo. Todavia, observou-se a necessidade de realização de testes in vivo e in vitro e estudo de estabilidade da formulação para comprovar sua eficácia, segurança e estabilidade.

Palavras-chave: *Rhipicephalus (Boophilus) microplus*. *Cymbopogon winterianus*. Óleo essencial. Fitoterapia. Formulação.

¹Centro Universitário do Distrito Federal UDF, Departamento de Farmácia, Brasília, DF, Brasil

*Autor correspondente: maria.queiroz@udf.edu.br

ABSTRACT

Capable of providing great losses to the Brazilian livestock, the tick *Rhipicephalus (Boophilus) microplus* is widely distributed in national territory and can parasitize several animals of both production and wild. In addition to direct damage, it can transmit pathogens to its hosts, causing infections and, for these reasons its control is of great importance for both the health of animals and humans. Currently, the control of this parasite is done through the use of antiparasitic chemical substances, the ticks, which are mostly synthetic compounds. Faced with this, other methods have been raised as alternative forms of pest control, including the use of phytotherapy. One of the medicinal plants with great acaricidal potential is citronella. The objective of the work was to present and discuss the results found, through research, in relation to the acaricidal activity of the essential oil of citronella (*Cymbopogon winterianus*) on the tick *Rhipicephalus (Boophilus) microplus* and propose a topical formulation with essential oil of citronella. The methodology used was a review of the available bibliography published in the main scientific databases in the period between 2014 and 2020. Thus, it is concluded that the species *Cymbopogon winterianus* showed potential acaricidal activity in concentrations ranging from 6 to 25%, it was presented suggestion for design of a topical veterinary product based on *Cymbopogon winterianus* essential oil together with a label. However, there was a need to perform tests *in vivo* and *in vitro* and study the stability of the formulation to prove its effectiveness, safety and stability.

Keywords: *Rhipicephalus (Boophilus) microplus*. *Cymbopogon winterianus*. Essential oil. Phytotherapy. Formulation.

1. INTRODUÇÃO

Carrapatos são pertencentes ao Filo Arthropoda, Subfilo Chelicerata, Classe Arachnida e Ordem Ixodida. São ectoparasitas hematófagos obrigatórios, relativamente grandes que acometem aves e mamíferos. Sua picada poder causar lesão direta, ocasionar anemias e transmitir vírus, bactérias e protozoários¹.

O carrapato *Rhipicephalus (Boophilus) microplus*, popularmente conhecido como carrapato-do-boi, possui grande disponibilidade no Brasil e tem como principal hospedeiro os bovinos, mas pode também parasitar equinos, ovinos e cervídeos que compartilhem os mesmos ambientes².

Possui grande importância e é objeto de estudo devido sua capacidade de proporcionar grandes perdas para a pecuária brasileira, além de ser transmissor dos agentes causadores da Tristeza Parasitária Bovina, uma doença que provoca debilitação dos animais e em casos mais graves sua morte².

Estudos recentes apontaram que na cadeia produtiva do Brasil, o carrapato-do-boi gera impacto negativo na ordem de 3,2 bilhões de dólares/ano, parte desse gasto pode ser atribuída diretamente ao tratamento da Tristeza Parasitária Bovina. Dentre outros impactos pode-se destacar a depreciação do valor do couro dos animais, a redução da produção de leite e o alto custo com manejo e controle do ectoparasito, em especial, o uso de acaricidas².

No Brasil, o principal método de controle do carrapato é realizado pela utilização de químicos, os acaricidas, que em sua maioria, são sintéticos e não ecológicos. A resistência aos químicos, à contaminação ambiental e de alimentos são apontados como pontos negativos no uso desse método de controle³.

Diante desse contexto, outros métodos de controle estão sendo levantados como formas alternativas ou complementares ao controle químico, entre eles a fitoterapia⁴. O uso da fitoterapia é apontado como um tratamento menos danoso para o meio ambiente, além de gerar menor contaminação alimentar devido sua baixa toxicidade⁵.

Um exemplo de planta utilizada nesses tratamentos é a citronela (*Cymbopogon winterianus*), uma planta medicinal originada do Ceilão e da Índia, que possui propriedades aromáticas⁶. De acordo com vários estudos, apresenta ação inseticida, tendo em sua composição químicos ativos como citronelal, geraniol e citrionelol⁷.

O presente trabalho visou apresentar e discutir os resultados obtidos por pesquisadores sobre o efeito carrapaticida do óleo essencial de citronela sobre o carrapato-do-boi, fazer uma avaliação da literatura sobre o tema e apresentar uma proposta de delineamento de produto veterinário de uso tópico, com óleo essencial de citronela (*Cymbopogon winterianus*), juntamente com rótulo como alternativa no controle do ectoparasita *Rhipicephalus (B.) microplus*.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Para o desenvolvimento deste trabalho foram abordados dois eixos principais: primeiro, levantamento bibliográfico e segundo, elaboração de proposta de delineamento farmacotécnico do produto veterinário.

O levantamento bibliográfico seguiu os seguintes critérios: busca de literatura científica, sobre a temática em bases de dados, repositórios de periódicos e ferramentas de busca como Scielo, PubMed, BVS Saúde, Google Scholar e websites de órgãos governamentais ligados aos Ministérios da Saúde e Agricultura, Pecuária e Abastecimento do Brasil, publicados no período de 2014 a 2020. Os seguintes descritores foram aplicados: carrapato-do-boi, citronela, *Rhipicephalus (B.) microplus*, *Cymbopogon nardus*, *Cymbopogon winterianus*, óleo essencial, fitoterapia na medicina veterinária.

Para a seleção da literatura científica foram consideradas as publicações que abordassem o uso da planta sobre controle do carrapato objeto de estudo, e foram excluídas aquelas que não atenderam ao critério estabelecido.

Além dos critérios de inclusão já mencionados, foram observados nos estudos experimentais: trabalhos desenvolvidos com as espécies de citronela *Cymbopogon nardus* e *Cymbopogon winterianus*, cujos testes desenvolvidos tinham as teleóginas do carrapato-do-boi como objeto de estudo, informações como droga vegetal, base química, concentração e índice de eficácia. Foram considerados somente os trabalhos que obtiveram resultados igual ou maior que 50% de eficácia.

Para o desenvolvimento farmacotécnico foi proposta a preparação de base galênica emulsionada água em óleo (A/O) de característica aniônica, com a seguinte formulação: ácido cetosteárico e cetosteáril sulfato de sódio (4%, p/p), álcool cetosteárico (2%, p/p), butilhidroxitolueno (0,05%, p/p), propilparabeno (0,10%, p/p), vaselina líquida (3%, p/p), para a fase oleosa. Para a fase aquosa seria utilizado: imidazolidinil ureia (0,20%, p/p), ácido etilenodiamino tetra-acético (0,05%, p/p), metilparabeno (0,20%, p/p), propilenoglicol (6,0%, p/p) e água destilada (qsp 1.000,0g). As fases devem ser, separadamente, aquecidas em banho-maria até atingir 75°C. A fase aquosa foi vertida lentamente sobre a fase oleosa, sob agitação constante até alcançar a temperatura de 40°C. Em seguida, incorporar óleo essencial na concentração de 25% e posterior homogeneização⁸.

Para elaboração do rótulo foi observada a legislação vigente quanto aos itens necessários e obrigatórios na fiscalização de produtos de uso veterinário⁹.

3. RESULTADOS

IMPLICAÇÕES SANITÁRIAS E ECONÔMICAS

A infestação nos bovinos por *Rhipicephalus (B.) microplus* pode causar diversas lesões na pele dos animais debilitando-os e possibilitando que microrganismos oportunistas venham causar infecções. Essas lesões também favorecem o aparecimento de miíases, doença provocada por larvas de moscas, além do potencial de transmitir agentes patogênicos causadores da Tristeza Parasitária Bovina².

Tristeza Parasitária Bovina (TPB), considerada a doença mais importante do ponto de vista econômico para pecuária brasileira, é transmitida por carrapatos, sendo o *Rhipicephalus (B.) microplus* apontado como principal espécie. Tristeza Parasitária Bovina é um complexo de doenças causado pelos agentes infecciosos: protozoários *Babesia bovis* e *Babesia bigemina* e a riquetsia *Anaplasma marginale*, tais agentes etiológicos infectam hemácias e as destroem, podendo gerar quadro anêmico e em alguns casos a morte do animal¹⁰.

Grisi e colaboradores¹¹, realizaram estudo sobre as perdas econômicas causadas por parasitos dos bovinos no Brasil, onde foram estimadas 3,2 bilhões de dólares/ano o impacto causado pelo carrapato-do-boi diretos ou indiretamente.

Destacam-se ainda perdas que podem ser associadas às infestações como a perda de peso dos animais, gerando impacto direto em gados de corte, a depreciação no valor do couro, que tem sua qualidade alterada, a redução na produção de leite e o descarte de leite com presença de resíduos químicos e os gastos com tentativa de realizar o controle carrapato².

PRODUTOS VETERINÁRIOS

Os antiparasitários, também chamados na agropecuária de praguicidas, são substâncias químicas capazes de eliminar as pragas, recebendo denominações específicas de acordo com sua função, sendo alguns deles: inseticidas, carrapaticidas, pulicidas, piolhícida, moluscicidas etc¹².

De acordo com o Sindicato Nacional da Indústria de Produtos para Saúde Animal (SIDAN), na edição eletrônica do Compêndio de Produtos Veterinários (2020)¹³, constam registrados mais de 320 produtos ectoparasiticidas de diferentes princípios ativos e associações. Destas diferentes formulações, várias apresentam diferentes espectros como evidenciado no Quadro 1.

Classe	Acaricidas comuns utilizados	Espectro ectoparasiticida
Organofosforados	Clorofenvinfós	Em associação: carrapato bovino e berne.
		Isolado: artrópodes em cães.
Carbamatos	Carbarila e propoxur	Artrópodes em geral.
Piretroides	Cipermetrina	Artrópodes em geral.
Formamidinas	Amitraz	Artrópodes em geral.
Lactonas Macroclílicas	Avermectinas e milbemicinas	Endoparasitos e ectoparasitos.
	Espinosinas e espinosoides	Inseticida, carrapaticida e piolhicida em bovinos.
Inibidores de quitina	Fluazurona	Artrópodes em geral em especial <i>R. (B.) microplus</i> .
Derivados dos fenilpirazóis	Fipronil e piriprol	Ectoparasiticida em bovinos, cães e gatos.
Semicarbazonas	Metaflumizona	Isolada: pulgas de cães e gatos e escabiose canina.
		Associação com amitraz: controle de carrapato em cães.
Isoxazolinias	Afoxolaner, flurolaner e sarolaner	Inseticida e acaricida de ação sistêmica.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Nota: Baseado nos estudos de SPINOSA, H. S.; GÓRNIK, S. L.; BERNARDI, M. M., 2017

14

RESISTÊNCIA AOS CARRAPATICIDAS

O uso de ectoparasiticidas elimina todos os indivíduos que são susceptíveis a ele, deixando vivos todos aqueles que são resistentes. Quanto mais se utiliza determinado pesticida, mais indivíduos resistentes são selecionados. Resistência então é uma resposta evolutiva do agente contra sua eliminação, o que causa falhas nos processos de controle¹⁵.

Desde o século XIX utilizam-se efetivamente substâncias químicas para o controle de parasitas. Com o passar do tempo e com o desenvolvimento dos indivíduos resistentes, tornou-se necessária a busca de novas moléculas para o controle efetivo destes artrópodes. Porém mesmo com novas moléculas, associações foram necessárias pois a resistência cruzada fazia com que determinados carrapaticidas tivessem sua importância reduzida¹⁴.

Neste contexto, ter o controle e monitoramento acerca da susceptibilidade e resistências dos carrapatos frente às diferentes classes de acaricidas torna-se essencial para melhorar as diferentes medidas de controle e evitar o uso de produtos ineficazes, minimizando assim o impacto ambiental e as perdas nas produções¹⁶.

Tem-se hoje no Brasil, em 13 estados, registros de resistência de carrapatos a diferentes classes de acaricidas. Até o ano de 2015, dentre estes estados, a região Sul do país apresentou estado mais crítico registrando resistência a 8 dessas classes¹⁷.

Diante disso, diferentes formas de controle alternativas têm sido estudadas como a utilização da fitoterapia, homeopatia, a criação de animais naturalmente resistentes ao carrapato, controle biológico e uso de entomopatógenos³.

USO DA FITOTERAPIA NA MEDICINA VETERINÁRIA

Na medicina veterinária o uso de plantas medicinais tem sido empregado principalmente no campo com animais de produção, para prevenções e tratamentos de moléstias. A necessidade de utilizá-las são por vários motivos, os valores altos de medicamentos industrializados, a dificuldade de se ter auxílio médico e a tendência de se usar medicamentos naturais¹⁸.

Além disso, a utilização de plantas medicinais é mais segura, de fácil aquisição e um custo benefício melhor. A fitoterapia possui vários pontos positivos, um deles é poder utilizar várias substâncias novas, assim dificultando a resistência do patógeno à terapia, diferente dos medicamentos industrializados que podem causar resistência em alguns casos. Seu uso também é menos agressivo com menores reações adversas aos animais e pode ser utilizada como substituto dos medicamentos alopáticos. Mesmo assim, com tantos pontos positivos não podemos esquecer que são medicamentos e necessitam de estudos para saber dosagem certa, posologia, possíveis reações adversas, e que o seu uso indiscriminado pode causar toxicidade nos animais¹⁸.

A fitoterapia no uso veterinário assim como no uso para humanos vêm em diversas formas farmacêuticas, elas podem ser chás, óleos, produtos inalatórios, cremes, entre outros e são utilizadas nas formas mais variadas de tratamentos, como para gastrite crônica uma doença comum em animais domésticos, anti-helmíntico, problemas neurológicos, cicatrizantes e também em dermatopatias, problemas na pele do animal, decorrente de infecções que podem ser causadas por fungos, bactérias, protozoários e parasitas¹⁹.

CITRONELA

Citronela do Ceilão (*Cymbopogon nardus*) e Citronela de Java (*Cymbopogon winterianus*) são espécies diferentes de citronelas da família *Poaceae*, gênero *Cymbopogon*

e originária do continente asiático, vindas da região do Ceilão, hoje conhecida como Sri Lanka²⁰.

Tanto a *Cymbopogon nardus* quanto a *Cymbopogon winterianus* são encontradas em território nacional, o clima ideal para seu cultivo são tropicais e subtropicais, altas temperaturas e bastante claridade ajudam a desenvolver bem, elas não suportam o frio e em temperaturas muito baixas podem até levar a morte das plantas. Além do cuidado com o clima, também é importante ficar atento a outros fatores para se ter uma boa produção, como: a época do plantio que deve ser preferencialmente na primavera, tipo do solo, espaçamento das plantas e ter um tempo de pelo menos 90 dias para a colheita, porém com cuidado na altura do corte²⁰.

COMPOSIÇÃO QUÍMICA

As citronelas *Cymbopogon nardus* e *Cymbopogon winterianus* possuem a mesma composição química, tendo como principais compostos químicos os monoterpenos geraniol, citronelol e o citronelal, este com ação acaricida e inseticida comprovada²¹. Apesar das semelhanças, o fator que torna a *Cymbopogon winterianus* mais cultivada é sua maior concentração de óleo²².

Além dos monoterpenos já citados acima, a literatura cita que o óleo essencial de citronela tem mais de uma centena de componentes, como limoneno, linalol, isopulegol, entre outros^{21, 22}.

O óleo essencial de citronela é muito complexo, assim sendo pode se obter algumas substâncias em menor ou maior quantidade, o aproveitamento e a composição química podem mudar de acordo com vários fatores, entre eles a espécie da planta, clima, parte utilizada para extração, época do cultivo, tipo do solo, o processo do cultivo, e outros fatores que também podem alterar o óleo²³.

Em estudos realizados com a citronela, utilizou-se análise cromatográfica e foram analisadas as concentrações desses compostos assim encontrando: citronelal (47,5%), geraniol (18,9%), citronelol (10,7%) e 22,9% das outras substâncias. Outros estudos demonstraram que a *Cymbopogon winterianus* tem maior potencial acaricida que a *Cymbopogon nardus* demonstrando ser mais eficiente ao combate de ectoparasitas⁷.

ESTUDOS COM CITRONELA SOBRE O CARRAPATO

Levantamentos realizados, considerando o período de 2014 a 2020, apontam atividades acaricidas da citronela sobre o carrapato *Rhipicephalus (Boophilus) microplus*. Conforme Tabela 1, os estudos *in vitro* com *Cymbopogon winterianus* são promissores, pois apresentam alta porcentagem de atividade acaricida sendo uma alternativa para o tratamento de controle do carrapato do boi. Estudos com a *Cymbopogon nardus* apesar de apresentarem atividades acaricidas não cumpriram os requisitos de

*Autor correspondente: danieladi.moraes@gmail.com

corde para nosso trabalho, ficando com resultados de eficácia abaixo de 50% ou com publicações anteriores a 2014.

Foram realizados testes com *Cymbopogon nardus* para o controle de teleóginas do carrapato-do-boi, em concentrações de 2%, 3%, 4% e 5% de óleo essencial. Houve resultado de 35,3% de controle sobre o carrapato na concentração de 5% de óleo essencial (OE). Nesse mesmo estudo, foi avaliada a eficácia do OE em pacote larval nas concentrações 0,25%, 0,5%, 1%, 1,5% e 2,0%, obtendo os resultados de mortalidade média em 0,0%, 22,0%, 40,0%, 42,0% e 66,0% respectivamente, dessa forma observa-se que a mortalidade aumentou proporcionalmente com o aumento da concentração do OE³.

Tabela 1 - Levantamento de Alguns Estudos Publicados entre 2014 e 2020 Sobre Controle de *R. (B.) microplus* com *Cymbopogon winterianus*.

PLANTA/ES PÉCIE	DROGA VEGETAL	PRINCIPAL COMPONENTE QUÍMICO	EXTRATO UTILIZADO	[] OU %	ESTÁGIO DO CARRAPATO	ECLODIBILIDADE (%)	ÍNDICE DE EFICÁCIA (%)	AUTOR
<i>Cymbopogon winterianus</i>	Folhas	Citronelal	Óleo essencial + Formulação	10%	Teleóginas	32,38%	55,51%	De Melo <i>et al.</i> , 2014 (24)
<i>Cymbopogon winterianus</i>	Partes aéreas	Citronelal, Geraniol e Citronelol	Óleo essencial	5%	Teleóginas	50%	82%	Agnolin <i>et al.</i> , 2014 (7)
				10%		5,50%	99%	
				20%		11,50%	99%	
				50%		0%	100%	
				100%		0%	100%	
<i>Cymbopogon winterianus</i>	Partes aéreas	Citronelal e Geraniol	Óleo essencial	3,12%	Larvas	-	94%	Dos Santos <i>et al.</i> , 2015 (21)
				6,25%		98%		
				12,50%		100%		
				25%		100%		
				50%		100%		
<i>Cymbopogon winterianus</i>	Partes aéreas	Citronelal e Geraniol	Óleo essencial	100%	Teleóginas	35%	80%	Dos Santos <i>et al.</i> , 2015(21)
				6,25%		22%	91%	
				12,50%		5%	100%	

Fonte: Elaborado pelos autores.

Nota: Baseado nos estudos de: Agnolin *et al.*, 2014 (7); De Melo *et al.*, 2014 (24); Dos Santos *et al.*, 2015(21)

4. DISCUSSÃO

DESENVOLVIMENTO FARMACOTÉCNICO

Para o desenvolvimento farmacotécnico foi escolhido a forma farmacêutica emulsão água/óleo (A/O), pois é um veículo que facilita a utilização do método de pulverização na aplicação em animais de grande porte e em grande quantidade.

Emulsões podem ser definidas como mistura de dois ou mais líquidos imiscíveis, geralmente água e óleo, onde temos uma fase dispersa e uma dispersante. Além das duas fases apresentadas anteriormente, existe um terceiro elemento para compor a emulsão denominado agente emulsivo, cujo principal função é tornar as fases miscíveis e contribuir para a estabilidade da formulação²⁵.

Conforme análise dos dados contemplados na Tabela 1, para a formulação foi definida a concentração de óleo essencial (OE) a 25%. A concentração de OE 25% apresentou a melhor eficiência nos estudos levantados, sendo consideradas as taxas de eficácia e eclodibilidade.

A fim de prever, determinar e monitorar o prazo de validade destes produtos, e fornecer evidências sobre como essas substâncias poderão variar com o tempo a partir da influência de fatores ambientais como temperatura, luz e umidade são feitos alguns testes de estabilidade²⁶. Para o registro de produtos veterinários são exigidos alguns testes: estabilidade acelerado, longa duração e estabilidade de acompanhamento²⁷.

RÓTULO

O rótulo dos produtos veterinários é regulamentado pelo Decreto N° 5.053, de 22 de abril de 20049, que dispõe sobre a fiscalização de produtos veterinários e dos estabelecimentos que fabriquem ou comercializem.

Através da legislação vigente, o rótulo foi elaborado e apresentado na Figura 1.

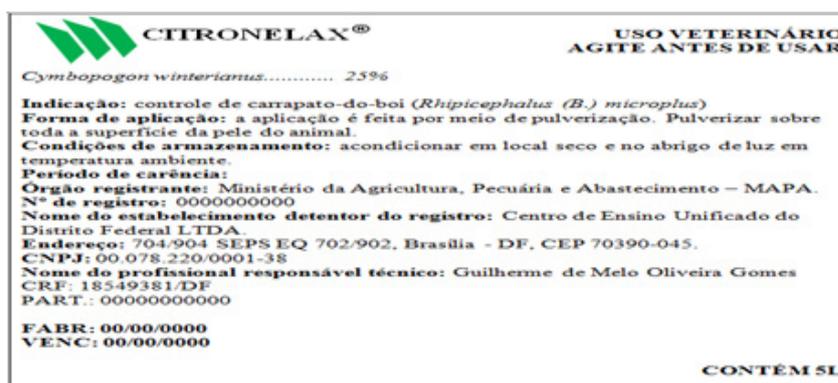


Figura 1 - Rótulo proposto para produto veterinário tópico⁹

REGISTRO DE PRODUTOS VETERINÁRIOS

O registro de produtos farmacêuticos de uso veterinário é realizado junto ao Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA) e para isso são utilizados roteiros e referências técnicas disponibilizados todos em seu portal eletrônico. Nestes documentos, estão listados todos os estudos necessários para a aprovação dentre eles: depleção de resíduos, eficácia antimicrobiana, eficácia geral, eficácia antiparasitária, estabilidade e segurança.

Em relação aos estudos de eficiência antiparasitária, mais especificamente aqueles com indicação carrapaticida em bovinos, é necessária a comprovação com dois testes: o teste de estábulo (com infestação artificial, avaliando os efeitos sob um nível padrão de infestação) e os testes à campo (que avalia a eficácia em situações normais). Para ambos os testes o critério de eficácia é de 95% em 23 dias pós-tratamento para o teste de estábulo e entre 7 e 14 dias para os testes à campo. É necessária também a comprovação de eficácia em dias chuvosos caso produto seja de uso tópico (aspersão, pour on, banho)²⁶.

Ainda nestes documentos estão alguns critérios avaliados quanto à rotulagem: indicação de uso específico, forma de administração, dosagem, período de eficácia e informações quanto à utilização em dias chuvosos. Todos estes documentos são redigidos de acordo com a portaria 48/1997 do MAPA²⁶.

5. CONCLUSÕES

Após levantamento bibliográfico, conclui-se que apesar da espécie *Cymbopogon winterianus* possuir ótimo potencial acaricida e ser, a princípio, a melhor escolha para o produto veterinário proposto neste trabalho, ainda seriam necessários testes in vitro, in vivo e estudo da estabilidade da formulação proposta.

Evidenciou-se também a viabilidade de utilização da fitoterapia na medicina veterinária, sendo uma alternativa crescente em razão de seus vários benefícios em contraposição às práticas de controle convencionais com o uso de químicos sintéticos.

Com isso, apresentou-se uma alternativa para um problema da pecuária brasileira. O êxito da proposta terá impacto nos campos da saúde pública, ambiental e econômico, além de ampliar o arsenal terapêutico de acaricidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. TAYLOR, M. A.; COOP, R. L.; WALL, R. L. Parasitologia veterinária. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
2. ANDREOTTI, R.; GARCIA, M.V.; KOLLER, W.W. Carrapatos na Cadeia Produtiva de Bovinos. 1.ed. Brasília – DF: Embrapa, 2019.
3. DA SILVA, L.; PERINOTTO, W. M. S.; SÁ, F. A.; DE SOUZA, M. A.; BITENCOURT, R. O. B.; SANAVRIA, A. et.al. In vitro acaricidal activity of *Cymbopogon citratus*, *Cymbopogon nardus* and *Mentha arvensis* against *Rhipicephalus microplus* (Acari: Ixodidae). *Exp Parasitol*, v. 216, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0014489419303327> Acesso em: 12 jun. 2020.
4. ANDREOTTI, R.; GARCIA, M.V.; KOLLER, W.W. Carrapatos: Protocolos e Técnicas para Estudo. 1.ed. Brasília – DF: Embrapa, 2016.
5. BANUMATHI, B.; VASEEHARAN, B.; RAJASEKAR, P.; PRABHU, N. M.; RAMASAMY, P.; MURUGAN, K. et al. Exploitation of Chemical, Herbal and Nanoformulated Acaricides to Control the Cattle Tick, *Rhipicephalus (Boophilus) microplus*– A review. *Veterinary Parasitology*, v. 244, p. 102-110, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.vet-par.2017.07.021>. Acesso em: 20 ago. 2020.
6. ARAÚJO C.F.; RIBEIRO-JÚNIOR N.G.; EBURNEO L.; SILVA I.V. Influência da Luminescência nas Folhas de Citronela (*Cymbopogon nardus* (L.) Rendle). *Rev. Bras. Pl. Med.*, São Paulo, v.19, n.3, p. 311-317, 2017.
7. AGNOLIN, C. A.; OLIVO, C. J.; PARRA, C. L. C.; AGUIRRE, P. F.; BEM, C. M. de; ZENI, D. et al. Eficácia Acaricida do Óleo de Citronela Contra o *Rhipicephalus (Boophilus) microplus*. *Rev. Bras. Saúde Prod. Anim.*, Salvador, v.15, n.3, p.604-612, jul./set., 2014.
8. FERREIRA, A. O. Guia Prático da Farmácia Magistral. 5.ed. Pharmabooks, 2018.
9. BRASIL. Decreto nº5053, de 22 de abril de 2004. Aprova o Regulamento de Fiscalização de Produtos de Uso Veterinário e dos Estabelecimentos que os Fabriquem ou Comerciem, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/D5053.htm. Acesso em: 25 out. 2020.
10. SANTOS, L. R.; GASPAR, E. B.; BENAVIDES, M.V; TRENTIN, G. Tristeza Parasitária Bovina – Medidas de controle atuais. In: ANDREOTTI, R.; GARCIA, M.V.; KOLLER, W.W. Carrapatos na Cadeia Produtiva de Bovinos. 1.ed. Brasília: Embrapa, 2019. p. 87-99.

11. GRISI, L.; LEITE, R. C.; MARTINS, J. R. de S.; BARROS, A. T.; DE MEDEIROS, A. R.; CANÇADO, P. H. D. et al. Reassessment of the potential economic impact of cattle parasites in Brazil. *Rev. Bras. Parasitol. Vet.*, Jaboticabal, v. 23, n. 2, p. 150-156, 2014.
12. FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION. FAO - Food and Agriculture Organization of the United Nations. 2020. Disponível em: <http://www.fao.org/home/en/>. Acesso em: 5 set. 2020.
13. SIDAN - SINDICATO NACIONAL DA INDÚSTRIA DE PRODUTOS PARA SAÚDE ANIMAL. *Compêndio de Produtos Veterinários*. 2020. Disponível em: <https://sistemas.sindan.org.br/cpvs/default.aspx>. Acesso em: 21 ago. 2020.
14. SPINOSA, H. S.; GÓRNIK, S. L.; BERNARDI, M. M. *Farmacologia aplicada à medicina veterinária*. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
15. MENDES, T. M.; BALBINO, J. N. F.; SILVA, N. C. T.; FARIAS, L. A. *Rhipicephalus (Boophilus) microplus Rhipicephalus sanguineus: uma revisão sobre as perspectivas, distribuição e resistência*. *Pubvet*, João Pessoa, v. 13, n. 6, p. 1-9, jun. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.31533/pubvet.v13n6a347.1-9> Acesso em: 31 out. 2020.
16. KEMER, A. *Manejo sanitário, resistência à carrapatos e prevalência dos agentes da Tristeza Parasitária Bovina em propriedades leiteiras do planalto serrano catarinense, Sul do Brasil*. 2020. 97 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ecossistemas Agrícolas e Naturais, Universidade Federal de Santa Catarina, Curitibanos, 2020.
17. PASCOETI, R.; SOLDÁ, N. M.; SCZESNY, T. R.; MACHADO, G.; REGINATO, Z. C.; CAMILLO, G. et al. Parasites in dairy cattle farms in southern Brazil: semi-extensive and freestall systems. *Revista MZV Córdoba*, v. 21, n.2, p. 5304-5315, 2016.
18. VIANNA, U. R.; OLIVEIRA, F. A.; De CARVALHO, J. R.; BARBOSA, J. M. *Tópicos especiais em Ciência Animal V*. Alegre: CAUFES, 2016. Disponível em: http://www.cienciasveterinarias.ufes.br/sites/cienciasveterinarias.ufes.br/files/field/anexo/livro_teca_v_2016.pdf#page=52. Acesso em: 09 set. 2020.
19. MORALES, B.; MORALES, K. *Pet: Fitoterapia veterinária*. *Revista Suplementação*, 2018. Disponível em: <https://www.revistasuplementacao.com.br/>. Acesso em: 22 nov. 2020.
20. MATHIAS J; MAGALHÃES P.M. *Como Plantar Citronela*. *Revista Globo Rural*, 2018. Disponível em: <https://revistagloborural.globo.com/vida-na-fazenda/como-plantar/noticia/2018/05/como-plantar-citronela.html>. Acesso em: 31 out. 2020.

21. DOS SANTOS, T. R. B.; De CASTRO, N. A.; BRETANHA, L. C.; SCHUCH, L. F. D.; FREITAG, R. A.; NIZOLI, L. Q. Estudo in vitro da eficácia de citronela (*Cymbopogon wynterianus*) sobre carrapato *Rhipicephalus (Boophilus) microplus*. *Science and Animal Health*, v. 3, n. 1, p. 135, 2015.
22. OLIVEIRA, E. DE; CYPRIANO, K. N.; TEIXEIRA, L. G.D.; MACHADO, V.L.H. Caracterização físico-química e potencial repelente de óleo essencial de citronela (*Cymbopogon nardus* (L.) Rendle) e de botões florais de cravo-da-índia (*Syzygium aromaticum* (L.) Merr & Perry). 2015. 17 f. Trabalho Acadêmico (Projeto Integrador) – Curso Técnico em Química, Instituto Federal Catarinense, Araquari, 2015.
23. DA CRUZ, T.P.; ALVES, F.R.; MENDONÇA, R.F.; COSTA, A.V.; JESUS SJUNIOR, W.C.; PINHEIRO, P.F. et al. Atividade fungicida do óleo essencial de *Cymbopogon winterianus* Jowitt (Citronela) contra *Fusarium solani*. *Bioscience Journal*, v. 31, n. 1, p. 01–08, 2015
24. DE MELLO, V.; PRATA, C. de A.; DA SILVA, M. R.; DAEMON, E.; DA SILVA, L. dos S.; GUIMARÃES, F. del G. et al. Acaricidal properties of the formulations based on essential oils from *Cymbopogon winterianus* and *Syzygium aromaticum* plants. *Parasitology Research*, v. 113, n. 12, p. 4431–4437, 2014.
25. CASTRO, R. M. L. Emulsão: uma revisão bibliográfica. 2014. 59 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado) – Curso de Farmácia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/947>. Acesso em: 29 out. 2020.
26. BRASIL; Resolução RDC nº 318, de 06 de novembro de 2019. Estabelece os critérios para a realização de Estudos de Estabilidade de insumos farmacêuticos ativos e medicamentos, exceto biológicos, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-318-de-6-de-novembro-de-2019-226513805>. Acessado em: 08 out. 2020.
27. BRASIL. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Roteiros de análise e referências técnicas. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/agricultura/pt-br/assuntos/insumos-agropecuarios/insumos-pecuarios/produtos-veterinarios/produtos/farmacuticos/produtos-registrados/roteiros-de-analise-e-referencias-tecnicas>. Acesso em: 15 set. 2020.




VOLTAR AO
SUMÁRIO

CÂNCER DE MAMA MASCULINO E ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE PARA DIAGNÓSTICO PRECOCE: UMA REVISÃO NARRATIVA

MALE BREAST CANCER AND HEALTH PROMOTION STRATEGIES FOR EARLY DIAGNOSIS: A NARRATIVE REVIEW

Ana Caroline Fernandes da Silva¹, Andreza Câmara Giarola Silva¹, Larissa Franco Leite¹, Sueli Alves de Oliveira¹, Suliane Beatriz Rauber^{2*}

RESUMO

Introdução: O câncer de mama em homens é uma doença rara, representando aproximadamente 1% dos tumores malignos que podem manifestar-se ao longo de sua vida e os riscos de incidência aumentam com a idade. **Objetivo:** Descrever a fisiopatologia do câncer de mama masculino e as estratégias de prevenção, para assim aperfeiçoar os mecanismos de promoção da saúde e prevenção da neoplasia de forma precoce. **Métodos:** Trata-se de uma revisão narrativa, feita a partir de artigos científicos selecionados das bases de dados eletrônicas: BVS, SciELO, NCBI, PUBMED e INCA. Período da coleta realizada de janeiro a abril de 2021, onde foram selecionados artigos publicados no período entre 2003 e 2021 que abordassem os conceitos chaves utilizados para a pesquisa, os descritores em português: Neoplasia da Mama Masculina; Educação em Saúde; Profissional de Enfermagem e em inglês: Breast Neoplasm, Male; Health Education; Nurse's Role. **Resultados:** O câncer de mama masculino, embora represente menos de 1% de todos os tumores mamários no Brasil e menos 1% de todos os carcinomas em homens, apresenta um perceptível aumento no seu índice de afetados nos últimos anos. O número de ocorrências em 2019 no Brasil foi de aproximadamente 600 novos casos. Apesar de existir a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, ainda há um baixo alcance e publicidade deste órgão, pois muitos homens desconhecem sua existência e sua atuação. **Conclusão:** Existe uma necessidade de o público masculino buscar mais informações sobre a doença para que, dessa forma, possíveis diagnósticos possam ser atestados precocemente, tornando possível a redução das estatísticas de vítimas fatais por falta de prevenção. Dessa forma, observa-se que é fundamental a utilização de novas estratégias para contribuir com a saúde preventiva do homem.

Palavras-chave: Neoplasia da Mama Masculina; Educação em Saúde; Profissional de Enfermagem.

¹ Centro Universitário do Distrito Federal UDF, Departamento de Enfermagem. Brasília, DF

² Docente do Centro Universitário do Distrito Federal UDF, Brasília, DF

*Autor correspondente: professora.suliane@gmail.com

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer in men is a rare disease, representing approximately 1% of malignant tumors that can manifest throughout their lives and the risks of increasing increase with age. **Objective:** To describe the pathophysiology of male breast cancer and prevention strategies, in order to improve health promotion mechanisms and early cancer prevention. **Methods:** This is a narrative review, based on scientific articles selected from electronic databases: BVS, SciELO, NCBI, PUBMED and INCA. Collection period carried out from January to April 2021, where articles published in the period between 2003 and 2021 that addressed the key concepts used for the research were selected, descriptors were used in Portuguese: breast cancer, men's health, strategy, breast cancer; and in English: Male Breast Neoplasm; Healthy education; Nurse's role. **Results:** Male breast cancer, although representing less than 1% of all breast tumors in Brazil and less than 1% of all carcinomas in men, has shown a noticeable increase in its affected rate in recent years. The number of occurrences in 2019 in Brazil was approximately 600 new cases. Despite the existence of a PNAISH (National Policy for Comprehensive Attention to Men's Health), there is still a low reach and publicity of this body, as many men are unaware of its existence and performance. **Conclusion:** There is a need for the male public to seek more information about the disease so that, in this way, possible diagnoses can be attested early, making it possible to reduce the statistics of fatal deaths due to lack of prevention. Thus, it is observed that it is essential to use new strategies to contribute to the preventive health of men.

Keywords: Male Breast Neoplasm; Health education; Nursing Professional.

1. INTRODUÇÃO

O câncer é caracterizado pela alteração funcional de uma célula saudável do corpo, que se transforma em uma partícula maligna, com rápida reprodução celular e em geral está relacionado a vários fatores, como agentes físicos, ambientais, biológicos, químicos ou hereditários. Assim, quanto mais precoce é o seu diagnóstico, melhores serão as chances de tratamento¹. O câncer de mama é muito comum e mais frequente na população feminina, sendo o principal tipo de neoplasia que mais leva à mortalidade do gênero. No entanto, pode vir também a acometer a população masculina, porém, com uma menor incidência e sendo considerado um tipo de câncer raro, tendo, portanto, uma mortalidade bastante reduzida¹.

São diversos os fatores que influenciam no desencadeamento da reprodução celular descontrolada, sendo os mais frequentes relacionados às mutações genéticas, especialmente nos genes BRCA 1 e BRCA 2. Estes são responsáveis pela regulação dos mecanismos de multiplicação celular e que, quando alterados, desentrelaçam uma produção desordenada levando ao desenvolvimento da carcinogênese mamária¹.

Geralmente, a manifestação do carcinoma inicia-se com um pequeno nódulo e com o decurso do tempo vai crescendo, evoluindo e espalhando-se por áreas próximas à mama de forma cada vez mais célere. A partir da descoberta do câncer, são realizados diversos exames e procede-se buscando a escolha do melhor método de tratamento, seja a aplicação de cirurgia, radioterapia, terapia hormonal, quimioterapia ou outros processos de tratamento associados. Vale ressaltar, que a forma de abordagem na neoplasia mamária em homens e mulheres são muito semelhantes^{1,2}.

Outrossim, em virtude de sua baixa incidência há uma dificuldade de se encontrar uma literatura que traga pesquisas mais efetivas e aprofundadas sobre protocolos específicos de atendimento. Dessa forma, o principal mecanismo viável a ser instituído reside na busca pela criação e potencialização de meios preventivos de detecção, como por exemplo, o autoexame das mamas, porque através dele faz com que o homem visualize o nódulo ou até mesmo consiga senti-lo na palpação da mama, sendo fundamental para o diagnóstico precoce. Além da disseminação de informações por parte dos órgãos governamentais de saúde, uma vez que já são perceptíveis um leve aumento desses índices de mortalidade, embora ainda sejam considerados raros nesse estrato da população³.

Somando-se a essas dificuldades mencionadas, a procura do homem pelo serviço hospitalar, na maioria das vezes, somente ocorre quando estes estão com o quadro de saúde agravado, com dores constantes, intensas e difíceis de tratar no âmbito domiciliar. Dessa maneira, percebe-se um forte traço cultural do machismo atuando como um dos fatores que mais contribuem para a falta de procura da população

masculina aos postos de saúde⁴. Também há uma dificuldade de acesso devido ao horário de funcionamento das unidades de saúde, tendo em vista que a maioria não pode ausentar-se do trabalho, em razão da sua função social de provedor da família. Toda essa mentalidade, faz com que grande parte da população veja esses espaços de saúde preventiva como locais voltados especificamente para a mulher e para a criança, sendo, portanto, mais completos para essas e mais superficiais para eles^{5,6}.

É necessário que os profissionais de saúde tenham mais clareza da patologia e de como devem realizar um bom prognóstico e aplicar de forma clara e precisa as informações sobre a existência e gravidade do problema à população, como a sociedade por dispor de maiores informações sobre quais os cuidados tomar mediante os riscos⁷. Nessa perspectiva, o objetivo do trabalho foi retratar o câncer de mama masculino a fim de expor os diversos fatores que o envolve, como a sua fisiopatologia, fatores de risco, tratamento, diagnóstico e as estratégias de prevenção, para assim aperfeiçoar os mecanismos de promoção da saúde e prevenção da neoplasia de forma precoce.

2. MÉTODOS

Esse estudo trata-se de uma revisão narrativa de literatura, “ou seja são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual⁸, a partir de artigos científicos pesquisados nas bases de dados eletrônicas: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), National Center for Biotechnology Information (NCBI), PUBMED e INCA (Instituto Nacional do Câncer) utilizando os descritores em português e inglês: Neoplasia da Mama Masculina; Educação em Saúde; Profissional de Enfermagem; Breast Neoplasm, Male; Health Education; Nurse’s Role.

Foram incluídos artigos científicos sobre o câncer de mama masculino, no período de coleta de janeiro a abril de 2021, onde foram selecionados artigos publicados no período entre 2003 e 2021 que abordassem os conceitos chaves utilizados para a pesquisa, cujo texto completo estivesse disponível em meio eletrônico, em português e inglês. Foram excluídos trabalhos que não se adequassem ao formato de artigo científico, que extrapola o período de publicação definido em metodologia, que estivesse com textos restritos em meios eletrônicos, ou fugisse do tema abordado. Para seleção dos artigos, foram lidos o título e subtítulo, quando existente, e o resumo dos trabalhos, o que possibilitou a análise da adequação ao tema.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionados 45 artigos para nossa revisão narrativa, onde iremos abordar sobre: Saúde do Homem; Incidência e Prevalência do Câncer de Mama Masculino; Fisiopatologia; Fatores de Risco; Diagnóstico e Tratamento; Promoção e prevenção: Educação e Saúde e o papel do profissional de Enfermagem. O presente artigo visa discutir a importância do cuidado com a Saúde do homem para o diagnóstico precoce do câncer mamário masculino, com o propósito de aumentar as chances de sobrevivência do paciente. Pois observou-se o afastamento do homem quanto aos cuidados com a saúde, principalmente nos aspectos preventivos e de tratamento, e maior engajamento em situação de risco o que favorece ao aumento da mortalidade. Sendo assim, abordamos esses 6 tópicos com o intuito de possibilitar um estudo mais amplo e esclarecer mais sobre a doença e seus cuidados para serem evitados.

SAÚDE DO HOMEM

Segundo a Organização Mundial da Saúde⁹ (OMS), a “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade” e, como a saúde no Brasil também é um direito concedido a todos e um dever do Estado, materializado a partir do Sistema único de Saúde (SUS), o oferecimento de atendimento primário e de urgência para toda a população ocorre de maneira integral, universal e gratuita respeitados os objetivos constitucionais e os direitos sociais¹⁰. Sendo assim, a procura pelos serviços ofertados está aberta ao público.

No entanto, essa procura nem sempre é realizada no momento da necessidade, principalmente pelos homens, seja por causa dos horários de funcionamento das unidades, seja pela demora, pois as filas para atendimentos geralmente são longas, seja por medo de descobrir algo grave, ou até mesmo por questões de preconceito cultural. Nesse sentido, o que acontece é a busca tardia por esse grupo aos locais de atendimento, excluindo, dessa forma, quaisquer chances de implementação de medidas preventivas, principalmente quando se trata da neoplasia mamária⁴.

Apesar de pouco conhecida, há políticas efetivas voltadas, fundamentalmente, para a saúde masculina, como o caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, criada em 2009. Nela são estabelecidos os direitos garantidos à essa parcela da população no quesito saúde, desde ações preventivas, que buscam reduzir os índices de morbidade e mortalidade, até chegar a tratar situações de alta gravidade e letalidade, como casos cirúrgicos. Vale destacar, que essa política adotou a campanha “Novembro Azul” como estratégia do Ministério da Saúde visando atingir a população masculina para que esta atente-se ao autocuidado preventivo a despeito do câncer de

próstata, muito comum na população masculina, por meio da busca pelo sistema de saúde pública, mediante o incentivo e disponibilização de consultas anuais a partir dos 45 anos de idade, em virtude dos riscos do aparecimento da neoplasia na glândula do sistema reprodutor masculino. Tais medidas, além de promover o cuidado pessoal, auxiliam o homem a ter um envelhecimento saudável, com diagnósticos e tratamentos precoces, permitindo, dessa forma, uma maior longevidade¹¹.

O PNAISH aborda diversos tipos de neoplasias, como as do aparelho digestivo, aparelho respiratório, aparelho urinário, embora deixe de lado os cânceres mamários e os procedimentos a serem adotados para evitá-lo, exatamente por conta de sua baixa incidência¹². Ainda analisando o baixo alcance dessas políticas voltadas aos homens é que surge o desafio para os profissionais de saúde no sentido de traçarem estratégias para chamar a atenção do público-alvo com o intuito de alertá-los sobre a importância de se realizar consultas periódicas, exames de rotina, entre outros, para assim manter uma boa saúde, e evitar descobrir doenças muito tarde. Dessa forma, cabe às instituições estatais um olhar mais atento para essa doença por meio do incentivo às pesquisas, bem como a implementação de práticas aspirando reduzir essas taxas de letalidade ocasionadas, em sua maioria, por falta de informação, ação e autocuidado⁴

INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DO CÂNCER DE MAMA MASCULINO

De acordo com estudos, o câncer de mama masculino, embora represente menos de 1% de todos os tumores mamários no Brasil e menos 1% de todos os carcinomas em homens, apresenta um perceptível aumento no seu índice de afetados nos últimos anos. O Instituto Nacional de Câncer (INCA), esse grupo evidencia maior mortalidade quando comparado a mulheres acometidas pela neoplasia mamária, e isso ocorre, geralmente em razão do diagnóstico tardio dos pacientes¹³. Segundo Sanguinetti¹⁴, o câncer de mama masculino é uma doença incomum, e que, seguindo essa estimativa mostrada pelo INCA, o número de ocorrências para 2019, no Brasil, foi de aproximadamente 600 novos casos^{13,15}.

Ainda sobre as estatísticas, Bonfim et al¹⁸ dispõe que: “O câncer de mama masculino é pouco estudado, estimando-se que, para cada 100 casos novos de câncer mamário feminino, apenas um caso de câncer masculino será encontrado, o que corresponde de 0,8% a 1% do total dos casos de câncer mamário. Nos Estados Unidos, a taxa de mortalidade é de aproximadamente 400 casos/ano, correspondendo a 0,1% de todos os óbitos masculinos por câncer neste país. Para Braga et al¹⁹ a taxa de morbidade do câncer de mama masculino em 2011 no Brasil retrata 1% do total de mortes

pela doença, comparado às 99% de mortes femininas. Já em países desenvolvidos como os EUA, esse índice é de 0,1%. Apesar da taxa de óbito ser pequena, no Brasil pode-se perceber um número superior aos observados em países desenvolvidos

Pautado nessas análises, constatou-se que a média de idade no momento do diagnóstico para os homens com câncer da mama é de 67 anos, sendo 5 anos acima que a idade média no momento do diagnóstico para as mulheres, no entanto, há relatos de pacientes do sexo masculino com idade entre 5 a 93 anos de idade. É evidente que a incidência em homens aumenta conforme a idade avança, escalando com firmeza até que seja atingido por volta dos 80 anos^{20,21}. Dessa forma é necessário que esse grupo fique sempre atento a possíveis alterações no seu sistema.

FISIOPATOLOGIA

Apesar da etiologia do carcinoma masculino ser pouco estudada, diversas características assemelham-se à doença quando acomete pessoas do gênero feminino, principalmente no que se refere à sua biologia e suas características demográficas. Em geral, o que se modifica são os atributos secundários da enfermidade, tendo em vista que o ambiente hormonal masculino se difere do feminino^{16,17}.

Estruturalmente a mama masculina é semelhante à feminina até a puberdade, momento em que irá sofrer ações hormonais como a do estrogênio, responsável pelo aparecimento de características secundárias no sexo feminino como, por exemplo, o crescimento dos seios e o controle da ovulação, a partir desse interstício o homem não desenvolve o aspecto fisiológico da mama. Anatomicamente, a mama masculina é constituída por um tecido adiposo e fibroso, formado por pequenos ductos onde se verifica a presença de gordura. Além disso, quando elas são bem desenvolvidas no homem há o aparecimento de músculos peitorais maiores, acentuado pela papila mamária que se encontra localizada no quarto espaço intercostal, contendo uma pequena quantidade de tecido glandular, tornando o local propício para o desenvolvimento das células tumorais²².

O tecido mamário no homem tem mais probabilidade de disseminação linfática dérmica, pois sua rede linfática anatomicamente envolve a pele e invade o mamilo deixando mais propenso a invasão linfática, tendo maior probabilidade de nódulos metastáticos axilar. Devido a raridade desse câncer em homens, a etiologia dessa patologia não é bem descrita, porém alguns aspectos são semelhantes entre os dois gêneros^{4,23}.

Embora exista uma literatura limitada, sabe-se que os principais tipos de neoplasia mamária em homens são: carcinoma ductal in situ, onde as células cancerígenas estão localizadas nos ductos mamários, mesmo sem conseguir atingir a parede dos ductos e os tecidos adiposos da mama.

O Carcinoma lobular in situ, no qual as células cancerígenas estão localizadas nos lóbulos da mama, apesar de não ser um câncer invasivo, no entanto se for encontrado tardiamente ou então nos dois seios poderá apresentar um grande risco de tornar-se. O Carcinoma ductal invasivo, no qual as células cancerígenas se desenvolvem no tecido adiposo acometendo as paredes dos ductos mamários, podendo ter mais chances de metástase em outros órgãos, sendo o tipo mais comum de cancro mamário nos homens e o Câncer de mama inflamatório, onde ocorrerá um processo inflamatório, deixando a mama edemaciada, hiperemiada e quente em vez de formar um nódulo, sendo muitas vezes confundido com uma infecção, porém é agressivo e bem raro⁴.

Dentre os tipos histopatológicos de carcinomas mamários o que tem maior prevalência no homem é o ductal, sendo menos comum o tipo lobular. Cerca de 10% dos casos apresentam a patologia in situ, cuja maioria é do tipo invasor. Nos tumores neoplásicos mamários masculinos, o carcinoma ductal invasivo é representado por 90% de todos os casos, sendo que 80% apresentam receptores de estrogênio e 80-90% receptores de progesterona, apresentando-se com maiores quantidade de hormônios comparado com o câncer de mama feminino. O Carcinoma lobular foi mais evidenciado em homens com a síndrome de Klinefelter, genotipicamente normais e sem histórico anterior de exposição ao estrogênio^{23,24}.

FATORES DE RISCO

Os fatores de risco do câncer de mama masculino além de estarem ligados às mutações genéticas, também podem estar relacionados ao histórico familiar, exposições a radiação, condições endócrinas, síndrome de Klinefelter, obesidade com índice de massa corporal ≥ 30 , tabagismo e etilismo^{22,24}. As alterações genéticas se dão através dos genes BRCA1 e BRCA2, que são capazes de regular o mecanismo de multiplicação das células e quando alterados, promovem a perda de controle e aumentam a produção de células acarretando, dessa maneira, o desenvolvimento da carcinogênese mamária¹.

Dentre os quesitos que elevam os riscos de aparecimento da doença, destaca-se a mutação genética que ocasiona a síndrome de Klinefelter, caracterizada pela adição de um cromossomo X, que é responsável pelo aumentando do nível de gonadotrofina e diminuição da testosterona, aumentando conseqüentemente os níveis de estrogênio no homem, fazendo com que ele desenvolva uma disgenesia testicular e ginecomastia que aumentará as chances de ele desenvolver o câncer de mama. Nesse sentido, é importante sempre acompanhar os pacientes que nascem com a síndrome 47 (XXY), para rastrear e aumentar as chances de tratamento²³.

Além desses, o fator hormonal desencadeia-se a partir do aumento do estrógeno, que além de estar relacionado à síndrome de Klinefelter, pode também ser encontrado em transgêneros devido ao aumento do nível endócrino de estrógeno, principalmente naqueles indivíduos que fizeram a troca do sexo masculino para o feminino. Ademais, o tratamento do câncer de próstata hormonal também pode elevar o risco de desenvolver o câncer de mama masculino e a obesidade causar o hiperestrogenismo^{23,25}.

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

O câncer é um dos principais problemas de saúde pública no mundo, está entre as principais causas de morte antes dos 70 anos de idade quando considerados todos os tipos de câncer, deixando evidente a dimensão do problema tanto em homens quanto em mulheres¹³.

Ainda que exista semelhança na anatomia da mama feminina e masculina, a enfermidade difere. As políticas públicas relacionadas ao câncer de mama são dirigidas para as mulheres, efeito da alta incidência feminina. Acredita-se que quanto mais precoce o diagnóstico, melhor a sobrevida, contudo os homens constantemente são identificados tardiamente pois não têm o hábito de realizar o autoexame das mamas e exames de rotina, principalmente pela falta de informação, ficando expostos a um diagnóstico tardio, em parte por carência de políticas públicas de incentivo^{19,26,27,28,29,30,31,32,33}.

O câncer de mama pode ser identificado em fases iniciais, em tese, por sinais e sintomas que seria Nódulo (caroço), fixo e geralmente indolor (é a principal manifestação da doença, estando presente em cerca de 90% dos casos quando o câncer é percebido pela pessoa); pele da mama avermelhada, retraída ou parecida com casca de laranja; alterações no bico do peito (mamilo); pequenos nódulos nas axilas ou no pescoço e saída espontânea de líquido anormal pelos mamilos. Assim sendo, se persistir as alterações procurar logo os serviços de saúde para avaliação diagnóstica. O diagnóstico deve estar baseado em um tripé: exame clínico, exame de imagem e análise histopatológica. Será necessário realizar uma boa anamnese, exame físico e o complemento com exames de imagem para avaliar a necessidade de se biopsiar uma lesão¹³.

No que se refere aos exames de diagnósticos da neoplasia mamária em homens, usa-se os métodos de imagem, como mamografia, ecografia e ressonância magnética, onde a comprovação é realizada por estudo histológico, realizado por biópsia com agulha grossa (core biópsia) ou com a excisão completa do nódulo. Tais exames, muitas vezes são ignorados pelo paciente, visto que muitos homens acreditam ser uma situação constrangedora, o que também contribui para o diagnóstico tardio da doença^{34,35}.

A mamografia aparece como uso limitado para alguns indivíduos, causados pelas dificuldades técnicas e pela condição anatômica da mama masculina, como pacientes obesos e com ginecomastia^{35,36}. A biópsia é necessária para confirmação do diagnóstico por meio dos ensaios dos receptores hormonais e da expressão do receptor 2 do fator de crescimento epidérmico humano (HER2), influenciando as modalidades de tratamento^{37,38,39,40,41,42}.

Com o recurso terapêutico houve um importante avanço na conduta do câncer de mama, ocorrido nos últimos anos, especialmente no que se refere às cirurgias menos mutilantes, assim como a busca da individualização do tratamento. O tratamento diferencia de acordo com o estadiamento da doença, suas características biológicas, bem como as condições da paciente (idade, comorbidades e preferências). O prognóstico depende da extensão da doença (estadiamento), bem como das características do tumor. Quando a doença é diagnosticada no início, o tratamento tem maior capacidade de cura. Quando há evidências de metástases, o tratamento tem por objetivos principais prolongar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida. As modalidades de tratamento representam com tratamento local, ou seja, cirurgia e radioterapia (além de reconstrução mamária); tratamento sistêmico com quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica¹³.

Os estádios I e II tem a conduta habitual que consiste em cirurgia, que pode ser conservadora, com retirada apenas do tumor ou mastectomia, com retirada da mama. No estágio III pacientes já estão com tumores maiores, mesmo assim está localizado em um só foco, diante disso, o tratamento sistêmico (na maioria das vezes, com quimioterapia) é a modalidade terapêutica inicial. Após resposta adequada, segue-se com o tratamento local (cirurgia e radioterapia). A neoadjuvância permite não só tornar um tumor inoperável em operável, como também aumentar o número de cirurgias menos agressivas, diminuindo o número de mastectomias e linfadenectomias. No estágio IV é fundamental que a decisão terapêutica busque o equilíbrio entre a resposta tumoral e o possível prolongamento da sobrevida, considerando os efeitos colaterais decorrentes do tratamento. A modalidade principal nesse estágio é sistêmica, sendo o tratamento local reservado para indicações restritas. A atenção à qualidade de vida da paciente deve ser preocupação dos profissionais de saúde ao longo de todo o processo terapêutico¹³.

PROMOÇÃO E PREVENÇÃO: EDUCAÇÃO E SAÚDE E O PAPEL DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

A saúde constitui-se como direito social básico à vida dos indivíduos, e os homens atualmente vem sendo alvo direto de diversas ações voltadas para a sua manutenção, tendo em vista que, por conta de fatores socioeconômicos e culturais este grupo, durante muito tempo não dava a devida atenção aos cuidados fundamentais, fazendo com que sua expectativa de vida fosse reduzida drasticamente⁴³. Além disso, sabe-se que esse grupo somente acessa os serviços de saúde por meio da atenção terciária, tornando-o vulnerável a doenças graves, crônicas, e letais^{5,6,44,45}.

Outro ponto considerável a ser destacado está ligado a estudos que apontam que esse estrato considera as unidades de saúde um ambiente voltado para o público feminino, uma vez que nesses espaços comuns das unidades básicas há vários cartazes que transmitem mensagens de promoção à saúde da mulher e da criança, e que na maioria das vezes os funcionários das unidades são do sexo feminino. Observa-se, portanto, que o público masculino participa menos das consultas de enfermagem por considerarem esse tipo de atendimento superficial, pois quando o paciente é do gênero feminino, há uma atenção completa e especial voltada à puericultura e o pré-natal, por exemplo^{5,6}.

Apesar de existir a PNAISH, ainda há um baixo alcance e publicidade deste órgão, pois muitos homens desconhecem sua existência e sua atuação. Por isso, a prevenção e o tratamento ficam mais restritos e de mais difícil acesso para o cadastramento e o acompanhamento de doenças crônicas⁴³. Porém, os profissionais de saúde vêm atentando-se, no intuito de implementar medidas que colaborem para a saúde desse grupo que tem grandes dificuldades de buscarem apoio nas unidades de saúde⁴. Daí, surge a importância do movimento “novembro azul”, que foi criado em 2003 na Austrália, e que vem ganhando destaque ao chamar a atenção para doenças que acometem a grande maioria dos homens. Além do mais, tal movimento é relevante não só para alertar e informar sobre o risco de determinadas doenças, mas também se destaca por ações efetivas na busca pelo engajamento desse público ao fomentar sua procura aos postos de saúde, como mecanismo profilático⁴³. No Brasil, criou-se a política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem que se baseia em um conjunto de práticas voltadas à longevidade e oferece, campanhas educativas, disponibilização de cursos gratuitos (AVASUS e UNASUS), dentre outros⁴³.

Nessa perspectiva, a informação torna-se o elemento fundamental para que seja instituída, de fato, uma estratégia de prevenção que consiga avaliar de forma precoce a situação em que se encontra o homem. E para que isso aconteça, é de essencial importância a destinação de recursos governamentais para a capacitação

de profissionais, principalmente, enfermeiros, pois estes lidam de forma mais direta com a comunidade, cabendo a esta classe informar à sociedade acerca da importância de se realizar um acompanhamento periódico, a fim de otimizar quaisquer tipos de tratamentos em caso da manifestação do câncer⁴. Vale lembrar, que não há um protocolo específico para o tratamento da neoplasia em homens, mas por terem o tecido mamário semelhante ao feminino, os mecanismos de tratamentos assemelham-se¹².

Como mencionado, um dos principais agentes de promoção e prevenção à saúde da população é o enfermeiro, pois ele é o profissional que atua garantindo a ampliação e explicitação das informações para a sociedade, influenciando-os positivamente a buscarem o autocuidado com a saúde e o bem-estar. Assim, uma capacitação sobre a temática seria relevante para que esse grupo pudesse melhor assistir à comunidade masculina, uma vez que o conhecimento sobre a doença e, principalmente, o tratamento é quase inexistente e praticado cabendo, assim, aos atores governamentais investirem em programas educacionais, não só para a sociedade em geral, mas fundamentalmente para os profissionais de saúde buscando a implementação de discussões a fim de conscientizar o homem sobre a neoplasia e a importância de se procurar o serviço de saúde para os efetuar os cuidados rotineiros e necessários^{4,22}.

4. CONCLUSÃO

O estudo realizado sobre câncer de mama em homens, nos revelou que mesmo sendo uma neoplasia com diagnóstico e tratamento semelhante ao feminino, tem número de casos fatais maiores do que em relação ao das mulheres, por motivo de falta de informação e conscientização da sociedade. É fundamental que para o acolhimento do homem nas unidades precise-se criar um espaço confortável e tranquilo, com foco nos assuntos convenientes com a finalidade de despertar o seu interesse sobre a prevenção das doenças e ressaltar sobre a importância dos cuidados prestados pela equipe.

Devido a patologia ser rara e isolada, muitos profissionais da saúde não têm uma fonte de pesquisa mais aprofundada e de fácil acesso a respeito do assunto, mesmo atingindo uma pequena parcela da população, pode-se trazer uma demora para o diagnóstico da doença.

É necessário realizar pesquisas mais aprofundadas para preparar um protocolo específico de atendimento para esses casos, pois trazendo essa separação de protocolo de câncer de mama feminino e de câncer de mama masculino, as prevalências de óbitos devido a doença, podem decair. É importante mostrar aos homens os riscos de câncer de mama masculino em campanhas de saúde, por exemplo, em época de

novembro azul, pois conscientizando a população sobre a doença pouco conhecida entre a sociedade e os fatores de risco, incentivando os homens a realizar o autoexame mensalmente e procurar um profissional de saúde em casos de alterações, a detecção da doença possa vir com mais eficiência e evitar o retardamento do prognóstico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. COSTA, M. C. B. DA; ADORNO, S. DOS.; ARAÚJO, S. M. B. DE; SABACK, M. C.; GOMES, K. A. S. Câncer de mama masculino: uma revisão de literatura dos últimos dez anos. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 11, n. 2, p. e220, 15 jan. 2019.
2. NOGUEIRA, Susy Pascoal; MENDONÇA, Juliana Vieira de; PASQUALETTE, Henrique Alberto Portella. Câncer de mama em homens. Revista Brasileira de Mastologia, [S.L.], v. 24, n. 4, p. 109-104, 12 set. 2014. Zeppelini Editorial e Comunicação. <http://dx.doi.org/10.5327/z201400040004rbm>.
3. DANTAS, Rosimery Cruz de Oliveira; PEREIRA, Jéssica Barreto; ALENCAR, Layz Dantas de; SOUSA, Andréia Karla Anacleto de; FARIAS, Maria do Carmo Andrade Duarte de. Câncer de mama em homens: uma realidade brasileira. Revista Brasileira de Educação e Saúde, Pombal - Pb, v. 5, n. 3, p. 29-34, 22 jun. 2015.
4. RIBEIRO, Wanderson Alves; SILVA, Ana Cristina Vieira da; EVANGELISTA, Denílson da Silva. Câncer de mama masculino: contributos do enfermeiro na atenção primária de saúde. Pró-Universus, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 65-73, 28 maio de 2020.
5. CAVALCANTE JRD, FERREIRA JA, HENRIQUES AHB, MORAIS GSN, TRIGUEIRO JVS, TORQUATO IMB. Assistência Integral à Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 18(4) out - dez 2014.
6. MOREIRA BR, BARBOSA AL, CUNHA YM, BRANDÃO FM, LACOMINI LDE S, DIAS EC. Educação em saúde: Enfermagem em atuação à saúde do homem, Revista Científica Univiçosa - Volume 10 - n. 1 - Viçosa-MG - JAN/DEZ 2018.
7. ARAÚJO, Icariane Barros de Santana; LEITE, Carina Brauna; AMORIM, Thallita de Oliveira; SILVA, Ana Nilza Lins; FERNANDES, Raissa Scarlet Queiroz; CARMO, Monique Santos do. Câncer de mama em homens. Investigação Biomédica, São Luís - Ma, v. 3, n. 10, p. 272-279, 2018.

8. ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta Paulista de Enfermagem [online]. 2007 (20), v. 2.
9. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, A saúde no Brasil. Brasília: OPAS/OMS, 1998. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Evaluacion de los Programas de la Salud. Normas Fundamentales. 1981
10. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
11. Espósito, R. C., Medeiros, P. J., Dantas Júnior, J. H., Oliveira, A. G., Moreira, S. A., & Sales, V. S. de F. (2019). Blue November Campaign as an annual male self-care strategy for healthy aging. *The Aging Male*, 1–8. doi:10.1080/13685538.2019.1610731.
12. OLIVEIRA DAL. Políticas de saúde e diagnóstico precoce do câncer de mama no Brasil. *Rev. Enferm. Digit. Cuid. Promoção Saúde* 2019 Jan-Jun; 4(1):46-50.
13. Instituto Nacional de Câncer (INCA). José Alencar Gomes da Silva: A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019. 85 p. ISBN 978- 85-7318-377-1.
14. SANGUINETTIA A. et al. Male breast cancer, clinical presentation, diagnosis and treatment: twenty years of experience in our Breast Unit. *International Journal of Surgery Case Reports*, v. 20, suppl. 20, p. 8-11, 2016.
15. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER – INCA.,2001. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer.
16. MICHELLI RAD. Estudo caso-controle dos marcadores clínico-patológicos e imuno-histoquímicas no câncer de mama masculino em relação ao feminino e seu impacto com a sobrevida. Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo – SP. 145 p, 2010.
17. SOUSA CJA. Câncer de mama em paciente do sexo masculino: A importância da atenção primária no diagnóstico e tratamento – Um relato de caso; *Revista Artigos*. Com ISSN 2596-0253, Volume 14 – 2020.
18. BONFIM RJA, et al. Câncer de mama no homem: análise dos aspectos epidemiológicos, clínicos e terapêuticos em serviço formal brasileiro. Artigo original. *Revista Brasileira de Oncologia Clínica*. Vol. 10, nº 37. p. 92-96. julho / agosto / setembro. 2014.

19. BRAGA M A, CASTRO EMA, CASTRO AB DE, RODRIGUES AF, FARIAS N, NASCIMENTO RSTR. DO. Câncer de mama masculino: Uma revisão assistemática. III Conbrascis. 13p. 2018.
20. GIORDANO, Sharon H. A Review of the Diagnosis and Management of Male Breast Cancer. *The Oncologist: Breast Cancer*, Houston, Texas, USA, v. 10, n. 7, p. 471-479, 24 maio 2005. Anual. Disponível em: <https://theoncologist.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1634/theoncologist.10-7-471>. Acesso em: 15 mar. 2021.
21. HAAS, Patrícia; COSTA, Alessandra Bortoluzzi; SOUZA, Alyne Proença de. Epidemiologia do câncer de mama em homens. *Instituição Adolfo Lutz*, São Paulo, v. 68, n. 3, p. 476-481, 07 dez. 2009. Mensal. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/rial/v68n3/v68n3a21.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2021.
22. RAMOS, Stephanie Silva; RODRIGUES, Lilia Marques Simões; SILVA, Thiago Augusto Soares Monteiro da; BALBINO, Carlos Marcelo; SOUZA, Marilei Melo Tavares e; SILVINO, Zenith Rosa. Conhecimentos, mitos e implicações para o cuidado de enfermagem no câncer de mama masculino. *Enfermagem Atual*, Rio de Janeiro, v. 83, n. 21, p. 67-72, 1 set. 2017.
23. GAO, Yiming; HELLER, Samantha L.; MOY, Linda. Male Breast Cancer in the Age of Genetic Testing: an opportunity for early detection, tailored therapy, and surveillance. *Radiographics*, New York Usa, v. 38, n. 5, p. 1289-1311, 30 jul. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7391126/pdf/nihms-1612347.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2021.
24. NOFAL, M.N.; YOUSEF, A.J. The diagnosis of male breast cancer: review. *The Netherlands Journal Of Medicine*. Jordan, p. 356-359. dez. 2019. Disponível em: <http://www.njmonline.nl/getpdf.php?id=2169>. Acesso em: 26 mar. 2021.
25. SOUZA, Abner Felipe de; MARTINS, Rafaela Pinto; FREITAS, Roseli Soares de; GUIMARÃES, Ana Lúcia Costa. CONHECIMENTO DE HOMENS SOBRE A EXISTÊNCIA E PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA MASCULINO. *Funvic*, Pindamonhangaba- Sp, v. 2, n. 1, p. 9-15, 05 maio 2017.
26. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Estimativa 2014: Incidência de câncer no Brasil. Ministério da Saúde, 2014.
27. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil, Ministério da Saúde, 2015.

28. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA (FEBRASGO). Manual de Orientação em Mastologia, 2010.
29. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. TNM: Classificação de Tumores Malignos. 6ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004.
30. RODRIGUES AB, MARTIN LGR, MORAES MV. Oncologia Multiprofissional. 1ed. Manolo, p.76-88, 2016.
31. CHAVEZ-MACGREGOR M. et al. Male Breast câncer According to tumor subtype and race. In: Câncer, v.119, n.9, maio, p.1611-17, 2013.
32. RUDDY KJ, WINER EP. Male breast cancer: risk factors, biology, diagnosis, treatment, and survivorship. In: Annals of Oncology, v.24, n.6, p.1434-1443, 2013.
33. AMARAL, DED et al. Male breast cancer: The survivor's contexto. In: Journal of Nursing UFPE on line, Recife, v.11, n.5, p.1783-90, maio, 2017.
34. Salomon MFB, Mendonça JV, Pasqualette HAP, Pereira PMS, Sondermman VRM. Câncer de mama no homem. Revista Brasileira de Mastologia. 2015; 25(4)
35. BONFIM, Raimundo Jovita de Arruda; VIDAL, Flávia Castello Branco; SILVA, Dulcelena Ferreira; SILVA, Marcos Antonio Custódio Neto da; MUBÁRACK, Thiago Castro; BEZERRA, Geusa Felipa de Barros, et al. Câncer de mama no homem: análise dos aspectos epidemiológicos, clínicos e terapêuticos em serviço formal brasileiro. Brasileira de Oncologia Clínica, São Luis - Ma, v. 10, n. 37, p. 90-96, ago. 2014. Mensal. Disponível em: <https://www.sbec.org.br/sbec-site/revista-sbec/pdfs/37/artigo1.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2021.
36. RAMBO APS, GONÇALVES LF, PATTAT FSA, PAIVA KM, GONZÁLES AI, HAAS P. Qualidade de vida de homens com câncer de mama: revisão sistemática, Braz. J. of Develop., Curitiba, v. 6, n. 9, p. 71609-71626, sep. 2020. ISSN 2525-8761.
37. ROBERTS DL, DIVE C, RENEHAN AG. Biological mechanisms linking obesity and cancer risk: new perspectives. Annu Rev Med. 2011; 61:301-16.
38. BLANCO A, DE LA HOYA M, BALMANA J et al. Detection of a large rearrangement in PALB2 in Spanish breast cancer families with male breast cancer. Breast Cancer Res Treat 2012; 132(1): 307-315.
39. SILVESTRI V, RIZZOLO P, ZANNA I et al. PALB2 mutations in male breast cancer: a population-based study in Central Italy. Breast Cancer Res Treat 2010; 122(1): 299- 301.

40. SAUTY DE CHALON A, TEO Z, PARK DJ et al. Are PALB2 mutations associated with increased risk of male breast cancer? *Breast Cancer Res Treat* 2010; 121(1): 253– 255.
41. OTTINI L, MASALA G, D'AMICO C et al. BRCA1 and BRCA2 mutation status and tumor characteristics in male breast cancer: a population-based study in Italy. *Cancer Res* 2003; 63(2): 342–347.
42. FARIA RA, GOUVÊA SA, COELHO CDOS.S, DENADAI W, PEREIRA AW, SERAFIM RS. Carcinoma de mama masculino: um relato de caso, *Braz. J. Hea. Rev.*, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 78-95 jan./feb. 2020.
43. BRASIL, Ministério da Saúde, Novembro Azul: no mês de conscientização sobre a saúde do homem, seja herói da sua saúde! 03 nov de 2020. Disponível em:<http://bvsm.s.saude.gov.br/ultimas-noticias/3351-novembro-azul-no-mês-de-conscientizacao-sobre-a-saude-do-homem-seja-heroi-da-sua-saude>. Acesso em: 29 abr. 2021.
44. COUTO MT, PINHEIRO TF, VALENÇA O, MACHIN R, SILVA GSN, Gomes R et al. O homem na Atenção Primária à Saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface: comunicação, saúde, educação*, 14 (33), 2010.
45. DOMINGUEZ B. Hora de quebrar paradigmas. *Radis: comunicação em saúde*. 2008, 74:08-9, out 2008.




VOLTAR AO
SUMÁRIO

POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: SAÚDE E TERRITÓRIOS VIVENCIAIS

HOMELESS POPULATION: HEALTH AND LIVING AREAS

Roberta Karina Alves Silva¹, Regina Ferreira dos Santos Linhares¹, Dayla Soeiro Homem¹, Beatriz Silva Martins¹, Eduarda Almeida Rodrigues¹, Pablo Miranda dos Santos¹, Jacinta de Fátima Senna da Silva^{1*}

RESUMO

Introdução: A população em situação de rua vem crescendo de forma avassaladora, principalmente nos centros urbanos, tornando-se um importante fenômeno social e humano.

Objetivo: Entender a percepção e / ou compreensão da população em situação de rua sobre saúde no território vivencial, localizado na rodoviária de Brasília, DF e entornos.

Métodos: Pesquisa - ação - participante, que tem como base a ideia de uma relação viva e dialética entre pesquisa e ação por meio de encontros com pessoas que estão em situação de rua no território da rodoviária. Utilizou-se amostra acidental ou de conveniência e um roteiro com perguntas abertas: “O que é saúde para você?” e “Como você cuida da sua saúde?”.

Resultados: Coletadas 70 percepções que foram agrupadas em categorias analíticas relacionadas aos determinantes sociais de saúde: trabalho, renda, moradia, alimentação, segurança e sobre formas do cuidar da saúde.

Conclusão: A população em situação de rua tem a representação da saúde como valor social do cidadão determinada e condicionada pelas condições socioeconômicas, ambientais, do cuidar-se, da autoimagem e do viver. É imperativo que as políticas públicas sejam materializadas no território dessas pessoas, buscando a garantia do direito à saúde e ao viver.

Palavras-chave: População em Situação de Rua, Saúde.

¹ Centro Universitário do Distrito Federal UDF, Departamento de Enfermagem. Brasília, DF

*Autor correspondente: jacsen31@gmail.com

ABSTRACT

Introduction: The homeless population has been growing in an advanced or progressive way, mainly in urban centers, becoming an important social and human phenomenon.

Objective: To apprehend the perception and / or understanding of the homeless population about health in the experiential territory, located on the bus station in Brasília, DF and surroundings.

Methods: Research - action - participant, which is based on the idea of a living and dialectical relationship between research and action through encounters with people who are in a homeless situation in the territory of the bus station. An accidental or convenience sample and a script with open questions were used: "What is health for you?" and "How do you take care of your health?"

Results: 70 perceptions were collected, which were grouped into analytical categories related to the social determinants of health: work, income, housing, food, security and ways of caring for health.

Conclusions: the homeless population has the representation of health as a social value of the citizen determined and conditioned by socioeconomic, environmental conditions, self-care, self-image and living. It is imperative that public policies are materialized in the territory of these people, seeking to guarantee the right to health and to live.

Keywords: Homeless Population, Health

1. INTRODUÇÃO

A população em situação de rua, fruto de uma multiplicidade de fatores, justifica-se principalmente pela pobreza extrema evidenciada devido à falta de remuneração, levando essa população a diversas consequências, tais como: vínculos familiares interrompidos, problemas relacionados à falta de moradia que os leva a usar patrimônio público como abrigo, nutrição prejudicada, higiene pessoal comprometida, falta de documentação e o uso nocivo de álcool e drogas¹.

Essa população vem crescendo de forma avassaladora, principalmente nos centros urbanos, tornando-se um fenômeno social e dificultando o governo de mensurar ou conhecer a quantidade exata desta população. Assim sendo, esse grupo social marginalizado depende de ações do governo para o cuidado no que tange a saúde².

A saúde e o cuidado dessa população estão entrelaçados, pois entende-se como cuidado: a atenção especial, o zelo, a preocupação, o respeito, o acolhimento e a responsabilidade. Desta maneira, é importante construir um novo olhar para o cuidado baseado no diálogo e na criatividade que possibilitem a transformação social, um cuidado que vai além da biologia e do cuidar clínico baseado no modelo biomédico³.

O governo é responsável pelo cuidado à saúde universal, integral e igualitário, garantido na Constituição Federal como direito, previsto em seu artigo 196, que diz:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”⁴

Neste contexto, a definição de saúde descrita na Lei de nº 8.080/90⁵, endossa a saúde como um conjunto de condicionantes e determinantes, como: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais a sua sobrevivência.

Observa-se que a falta do cuidado em saúde para a população em situação de rua está cada vez mais precária, contudo, foram instituídas políticas públicas voltadas para este grupo populacional, evidenciada pela Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR)¹, criada em 2009, que tem por objetivo mais significativo garantir os processos de participação e controle social de forma igualitária e equitativa, que afirma o respeito e dignidade a todas as pessoas.

Outro documento que garante os direitos desse grupo populacional de rua é a Portaria nº 122, publicada em 2011 pelo Ministério da Saúde⁶, que trata das diretrizes de organização e funcionamento das equipes dos Consultórios na Rua (eCR), que

contribui para aumentar o acesso das pessoas em situação de rua aos serviços de saúde e, dessa forma, atender melhor às necessidades da saúde dessa população².

Nesse cenário, o presente estudo foi realizado no território da Rodoviária de Brasília, do Distrito Federal, que representa para a cidade um lugar fundamental para a rede urbana, caracterizando-se como um espaço estratégico para o seu funcionamento. Em pesquisas é mostrado que passam por suas plataformas inferiores e superiores mais de 500.000 pessoas por dia. A Rodoviária oferece diversos serviços, como pontos de táxi, estacionamentos, comércios e serviços públicos. Por esse motivo a população em situação de rua busca esse território como ponto de moradia e sustento⁷.

No trabalho buscou-se apreender a percepção e compreensão da população em situação de rua sobre saúde no território vivencial, localizado na rodoviária de Brasília, DF e entornos. Este estudo inspirou-se em um Projeto de Extensão denominado Equidade e Saúde: fazer e acontecer nos territórios vivenciais e comunitários, do Centro Universitário do Distrito Federal (UDF).

Assim, o objetivo do presente estudo foi entender a percepção e /ou compreensão da população em situação de rua sobre saúde no território vivencial, localizado na rodoviária de Brasília, DF e entornos.

2. MÉTODOS

A metodologia adotada foi a pesquisa-ação participante, que tem como base a ideia de uma relação viva e dialética entre pesquisa e ação. Este tipo de pesquisa trabalha com o universo de significados, sentimentos, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das ações, processos e relações humanas no decorrer da investigação⁸.

A pesquisa-ação participante pode ser caracterizada como uma abordagem filosófica e política, que reúne investigação, educação e ação e tem por objetivo criar um espaço pessoal e político em ambientes organizacionais ou comunitários, buscando estimular os participantes a refletirem sobre suas vidas, sobre as estruturas, os sistemas e os relacionamentos em que estão inseridas e despertá-los a buscar melhorias por meio de ações que modifiquem suas vidas⁹.

Procedeu-se revisão bibliográfica a partir dos seguintes critérios: sem temporalidade definida no período dois meses (dezembro de 2019 e janeiro de 2020), publicações na língua portuguesa e inglesa e que contribuíssem com o tema. Utilizou-se o descritor “saúde” e as palavras chaves: População em Situação de Rua e Territórios vivenciais.

Foi utilizada a amostra acidental ou de conveniência por tratar-se de uma população em situação de rua (PSR). Na amostragem por conveniência (não probabilística), os componentes da amostra são selecionados por conveniência ou facilidade para o pesquisador¹⁰.

Inicialmente procedeu-se o reconhecimento e mapeamento do território de atuação, por meio de caminhadas na rodoviária, nas plataformas superiores e inferiores. Durante o percurso, o grupo foi promovendo a aproximação e diálogo com pequenos grupos de pessoas, a observação participante de fatos e fenômenos, a escuta de relatos das histórias de vida de algumas pessoas em situação de rua e anotações no diário e campo de vivência destes.

A pesquisa teve três etapas em campo. Na primeira etapa, a equipe foi delimitar a área de atuação da pesquisa, com o apoio do ex-morador de rua conhecido como “Rogério Barba” (ativista social), este nos apresentou os locais mais frequentados pelos moradores de rua, o estilo de vida, os melhores horários para abordá-los e como seria a melhor forma de conhecer esta população vulnerável. Aconselhou-nos a ter um olhar humanizado e sem julgamentos diante da população que vive em constante negação e exclusão da sociedade.

Rogério Barba, enriqueceu ainda mais o trabalho nos levando para conhecer o “buraco do rato” e sua história. O buraco do rato se localiza no Setor Comercial Sul, Brasília-DF, e possui um histórico de importância para os moradores de rua. Muitos tinham o local como abrigo, mas foram proibidos de habitar nessa estrutura, devido às condições precárias e à falta de segurança, fato este que propiciou a ocorrência de violência dos comerciantes. Muitos migraram para a Rodoviária do Plano Piloto, local de preferência devido às estruturas seguras e de presença da segurança civil.

A rodoviária do Plano Piloto, localizada no Eixo Monumental de Brasília-DF, foi o local da pesquisa e a partir da segunda etapa articulou-se um diálogo e participação dos envolvidos nas ações sociais desenvolvidas pelas entidades da sociedade civil “Banho do bem” e “Comida do bem”, que proporcionam condições higiênicas como: banho, corte de cabelo, roupas limpas e distribuição de alimentos às pessoas que vivem naquele território e seus entornos.

Assim, a pesquisa foi aplicada a partir da conversação com as pessoas em situação de rua que participavam das atividades desenvolvidas pelas entidades citadas, e a partir da aceitação em responder às seguintes questões: “O que é saúde para você?” e “Como você cuida da sua saúde?”.

Neste estudo observou-se a compreensão de percepção segundo Tuan (1983):

“A percepção é tanto a resposta dos sentidos aos estímulos externos como a atividade proposital, nas quais certos fenômenos são claramente registrados. A percepção é formada de uma longa sucessão de percepções, isto é, de experiências”^{11:4}.

A percepção tem por base a cognição. Conforme Del Rio^{12:3} a percepção é um “processo mental de interação do indivíduo com o (...) ambiente que se dá por meio de mecanismos perceptivos propriamente ditos e, principalmente cognitivos”. Este processo resulta em diferentes representações, significados, percepções, ações e condutas. Os filtros culturais são essenciais nesse processo, já que selecionam as informações recebidas, conferindo-lhes significados diferenciados. Tuan^{11:14} diz que “(...) não somente as atitudes para com o (...) ambiente diferem, mas difere a capacidade real dos sentidos”.

Baseando-se nessa compreensão procedeu-se a terceira e última etapa da pesquisa, a coleta de dados, seguida do processo de organização e sistematização dos referidos dados, definição de categorias de análise e conseqüentemente, a análise criteriosa dos achados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No intuito de identificar a percepção do significado de saúde e do cuidar da saúde de pessoas em situação de rua, foram coletadas 70 (setenta) entrevistas, as quais foram sistematizadas e agrupadas em cinco categorias analíticas. As principais percepções e opiniões que emergiram sobre a percepção da saúde, evidenciaram-se a compreensão da saúde determinada e condicionada às condições socioeconômicas e do viver, representadas por alimentação, trabalho, renda, moradia e segurança. Alguns relataram que “saúde é o contrário de doença”, e outros que “não sabem dizer o que é saúde”. Quanto às demandas/necessidades do cuidar da saúde associadas, principalmente, ao alimentar-se, a ida ao hospital, a higiene, a prática de exercício físico, o não uso de drogas, a utilização de medicamentos, o preconceito, o desrespeito e a religião expressada na fé em Deus.

As discussões versam sobre a interpretação das categorias que são compreendidas conforme descritas a seguir: As discussões versam sobre a interpretação das categorias, sequencialmente, as que apareceram com maior frequência nas conversações, as quais são compreendidas conforme descritas a seguir:

A alimentação é essencial para a rotina diária da humanidade, tendo em vista que além de ser uma necessidade básica, ela também influencia na qualidade da saúde pública¹³. O estado nutricional influencia também no estado de equilíbrio do ser humano sendo tanto individual como coletivo, portanto uma má alimentação torna o indivíduo em estado de desequilíbrio que poderá alterar o meio¹⁴.

A fome é minimizada por ação de projetos solidários pontuais voltados à essa população e suas próprias maneiras de arranjar formas de suprir as necessidades

fisiológicas, conforme a os diálogos. Essa opinião talvez tenha ocorrido por ocasião dos diálogos serem realizados após o ato de distribuição de alimentação por grupos voluntários.

No entanto, é imperativo uma ação constante do poder público para atender o direito humano básico de alimentar-se todos os dias e ter o alimento disponível, pois trata-se de um direito social constitucional. As pessoas em situação de rua carecem de alimentos que supram a nutrição adequada e saudável, conforme preconizada pelo guia alimentar do Ministério da Saúde¹⁵, o que envolve a garantia ao acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada aos aspectos biológicos e sociais do indivíduo.

O trabalho é um fenômeno psicossocial fundamental à existência humana, identificado como uma categoria central da vida humana, contribuindo para a realização e o desenvolvimento da humanidade por meio dos esforços físicos, psíquicos e outras variáveis que o trabalho proporciona¹⁶.

Assim, ao se analisar a dimensão trabalho na população em situação de rua, verificou-se situações como a ida para rua por ter perdido o emprego ou a ausência de emprego / trabalho por estar na rua, ou problemas de ordem familiar. O seu próprio modo de viver na rua, sem horários, sem limites poderá configurar-se como mais um motivo que dificulta a encontrarem meios de garantir seu sustento nas ruas. Geralmente ocorre por meio de trabalhos, tais como: bicos, vendas de alguns produtos, como ambulantes no próprio local de dormida (rodoviária), frentistas em estacionamentos próximos, pedintes / suplicadores de ajuda às pessoas que passam ao seu redor. Estas foram as impressões trazidas nos diálogos, observações e reflexões.

Renda é a remuneração que a pessoa recebe, oriunda de suas atividades de ocupação (trabalho) ou de outras fontes. No Cadastro Único a renda bruta é definida como o total da remuneração acumulada sem descontos de impostos¹⁷.

A renda desta população é mínima ou inexistente. Devido à falta de emprego e a falta de moradia, que favorece a manutenção contínua da situação de rua, impossibilita-os de uma remuneração digna e permanente. Cabendo destacar que “[...]na rua, o que se ganha se gasta de imediato” o que foi constatado nos diálogos e na observação participante, destacando atividades de subsistência como catadores de material reciclável e a mendicância, dentre outras, como fonte de recursos.^{18:219}

Moradia é lar, morada, casa, independente da classe social, podendo ser na maioria das vezes de uso coletivo, ou individual, para o ser humano e também para os animais. Possui a função de abrigo e proteção¹⁹.

Mesmo que a condição de moradia digna foi reconhecida e implantada como direito à pessoa humana, desde 1948, com a Declaração Universal dos Direitos Humanos²⁰, também reconhecida no artigo 6º da Constituição Federal⁴, é evidente que há desvios na inclusão desse direito na forma prática. Garantir uma moradia requer manutenção

de renda fixa e adequada, um grande desafio aos moradores em situação de rua, boa parte destes que conseguem sair das ruas, seja dormindo em pensões ou alugando imóveis, retornam devido à instabilidade financeira. Já outros, tem a rua como preferência de moradia, tanto por questões familiares ou até mesmo por sensação de liberdade. Entretanto, cabe ao poder público viabilizar políticas de moradia para esse grupo populacional, como estratégia de estímulo à saída do território da rua.

A segurança tem um conceito amplo e sem significado único, é estar ou sentir-se seguro de qualquer situação de perigo e ameaças²¹. No caso da população estudada, constata-se a total falta de segurança tanto para dormir, como para manter o porte de documentos pessoais, a exposição cotidiana às violências em decorrência do viver nas ruas, a esmo e desamparada.

É de suma importância destacar que a permanência na rua traz riscos aos indivíduos devido à constante exposição à vulnerabilidade, apresentando-lhes aspectos negativos que condicionam motivos que levam a desavenças, furtos, agressões e insegurança devido às patologias enfrentadas por meio físico, psicológico e social.

Autoimagem e a imagem surgem na interação da pessoa com seu contexto social, consequência de relações estabelecidas com os outros e para consigo mesmo. A percepção que o sujeito tem sobre si mesmo está determinada pela percepção das reações que os outros socialmente têm para com ele²².

Há uma forte influência social da mídia que contribui para a construção de uma imagem estigmatizante dessas pessoas que vivem nas ruas como vagabundas, inúteis e criminosas. Outro fator que colabora para a imagem pejorativa da população de rua é o vestuário, que em geral é conseguido por meio de doações, o que gera desconfortos e impotências.

Mas, contrariando esse discurso, estudos ressaltaram que muitas pessoas em situação de rua desempenham atividades laborais e se encontram ativas no processo de se reinventarem, resistindo às práticas de exclusão e as dificuldades cotidianas²³. Durante o decorrer do presente estudo observou-se a preocupação de muitos de cuidarem da aparência e imagem, verbalizando o desejo de banhar-se, trocar sua vestimenta suja por uma limpa, cuidar do cabelo e unhas. Algumas mulheres até se apresentavam com pintura no rosto nos momentos de realização de atividades, como a disponibilização de higiene corporal.

Na análise das categorias fundamentando-se nas compreensões e opiniões oriundas dos participantes e da discussão das categorias mais presentes, identificou-se poucas intervenções para a saúde da população em situação de rua, confirmando-se a exclusão e o abandono por parte do poder público dessa população, explicitadas na falta de ações para garantir os determinantes sociais da saúde desde a renda até o cuidado em saúde.

Todavia, percebeu-se que essa população vivencia desde dificuldades de sobrevivência física como fome e frio; as relacionadas à violência, o preconceito e o desrespeito apontados nas suas falas e diálogos, o que interfere na saúde física e mental desse contingente populacional.

Salienta-se a importância da atenção singularizada e respeitosa que valorize pessoas nessa situação, com o acolher a partir da escuta qualificada, no caso de procura aos serviços de saúde, identificando os reais problemas dessa população, mapeando suas particularidades, necessidades e demandas de saúde e situações de vida.

Ressalta-se a premência da operacionalização das políticas públicas que visam garantir a atenção equitativa às necessidades dessa população como alimentação, trabalho, renda, moradia, e segurança que determinam o viver e a saúde. No tocante, a garantia da saúde como direito fundamental humano é imperativo o cumprimento dos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde, sobretudo, a universalidade, integralidade e equidade.

Neste contexto, evidencia-se a importância da atenção básica humanizada. Pois, muitos relataram que sofreram preconceitos ao buscar atendimento nas unidades básicas de saúde, o que indica a constante necessidade de educação permanente para o preparo dos profissionais de saúde quanto ao acolhimento e atendimento singular de pessoas em situação de rua, o que possibilita a qualidade do cuidar da saúde e do adoecimento.

Certamente, a ampliação das condições de acesso aos serviços de saúde constitui-se um desafio para a garantia da atenção integral e singular ao cuidado da saúde dessa população.

4. CONCLUSÃO

O estudo apontou que a população em situação de rua, no recorte do DF, possui a compreensão do que é a saúde e conhece os mecanismos para o cuidado e manutenção de seu próprio bem-estar. Evidenciaram que a saúde está intrinsecamente ligada à garantia de trabalho, renda, moradia, alimentação, segurança e ao acesso a serviços de atenção à saúde equitativos.

Apesar de existirem políticas públicas voltadas a essa população, constata-se que ainda não conseguem interagir completamente com suas necessidades e demandas singulares e intersetoriais.

Isto posto, é imperativo que essas políticas sejam materializadas no território dessas pessoas, buscando minorar as vulnerabilidades e contribuir para a garantia do direito à saúde e ao viver. Ou, seja, o cumprimento dos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde, da universalidade a equidade.

Nesse contexto, registra-se que a população em situação de rua tem a representação da saúde como valor social do cidadão determinada e condicionada pelas condições socioeconômicas, ambientais, do cuidar-se, da autoimagem e do viver.

5. AGRADECIMENTOS

Rogério Soares Barba - Ativista Político, Movimento de Rua e Liderança na Equipe Revista Traços.

Adriana Calil Amorim e Walter de Pádua Soares Júnior - Coordenadores: Projeto Banho do Bem - Trabalho voluntário realizado aos domingos na Plataforma Inferior da Rodoviária do Plano Piloto voltada a População em Situação de Rua.

Sônia Maria Lemos Igreja e Marcílio Sérgio Soares da Cunha Filho - Coordenadores: Comida do Bem: - Trabalho voluntário realizado aos domingos na Plataforma Inferior da Rodoviária do Plano Piloto voltada a População em Situação de Rua.

Bárbara de Caldas Melo - Profª Mestre do Centro Universitário do Distrito Federal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.053 de dezembro de 2009. Política Nacional para a População em Situação de Rua, 2009.
2. Hino P, Santos JO, Rosa AS. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. Rev. Bras. Enferm (online) [periódico na internet]. 2018 [acesso em 23 de junho de 2020]; (1): 684-92. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0684.pdf>
3. Silva IJ, Oliveira MFV, Silva SEDS, Polaro SHI, Santos EKA, Radunz V, et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. RevEscEnferm USP (online) [periódico na internet]. 2009 [acesso em 23 de junho de 2020]; 43(3): 697-06. Disponível em:<<https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a28v43n3.pdf>>
4. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.

5. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 19 de set 1990.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. [Resolução na internet]. Diário oficial da União: Poder executivo. [acesso em: 25 de junho de 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html
7. Rosseti EP. Lucio Costa e a Plataforma Rodoviária de Brasília. Vitruvius (online) [periódico na internet]. 2010 [acesso em 15 de novembro de 2019]; 119.3. Disponível em: <https://www.vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/10.119/3371>
8. Maria Cecília SM. Ciência, Técnica e arte: O desafio da pesquisa social. O trabalho em campo como descoberta e criação. In: Minayo, M. C. S (org). Pesquisa social: Teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes; 2002. P.9-29.
9. Silva AL. Pesquisa-ação participante no processo de empowerment de mulheres brasileiras no contexto da migração internacional. Esc Anna Nery RevEnferm (online) [periódico na internet]. 2008 [acesso em 23 de junho de 2020]; 12 (4): 750-57. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a20.pdf>
10. Oliveira MOR, Luce FB, Sampaio CH, Perin MG, Santini FO, Santos MJ. Análise da qualidade dos artigos científicos da área de marketing publicados no Brasil: As pesquisas survey na década de 2000. REAd (online) [periódico na internet]. 2017 [acesso em 23 de junho de 2020]; 86 (1): 54-30. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/read/v23n1/1413-2311-read-23-1-0054.pdf>
11. Yi- Fu T. Espaço e Lugar: A perspectiva da Experiência. São Paulo: Difel; 1983.
12. Vicente DR. Cidade da mente, cidade real, percepção e revitalização da área portuária do Rio de Janeiro. São Paulo: UFSCAR; 1996.
13. Abreu ES, Viana IC, Moreno RB, Torres EAFS. Alimentação mundial- Uma reflexão sobre a história. Saúde e Sociedade (online) [periódico na internet]. 2001 [acesso em 15 de abril de 2020]; 10(02): 03-11. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n2/02.pdf>
14. Filho MB. Alimento e alimentação. Ciência e cultura (online) [periódico na internet]. 2010 [acesso em 29 de abril de 2020]; 4(62). Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v62n4/a08v62n4.pdf>

15. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Guia Alimentar a população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
16. Silva N, Tolfo SR. Trabalho Significativo e Felicidade Humana: Explorando Aproximações. RevPsicol: Organ e Trab (online) [periódico na internet]. 2012 [acesso em 30 de abril de 2020]; 12(3): 341-13. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v12n3/v12n3a08.pdf>>
17. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Renda e cidadania. Manual de gestão do cadastro único para programas sociais do Governo Federal. Brasília: MDS e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Renda e cidadania, 2017.
18. Sara E. Vidas ao léu: Trajetória de exclusão Social. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
19. Matias AM, Santos CM. Direito de propriedade e direito de moradia. In LIVIANU, R., coord. Justiça, cidadania e democracia [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisa Social; 2009.
20. Assembleia Geral da ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Nações Unidas, 217 (III) A, 1948, Paris, art. 1. [Acessado em 25 de jun de 2020]. Disponível em: <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>.
21. Santos AM. Segurança e Globalização: A Perspectiva dos Estudos Críticos de Segurança. Proelium (online) [periódico na internet]. 2016 [acesso em 15 de novembro de 2019]; (10): 107-07. Disponível em: <file:///C:/Users/rober/Downloads/8916-Texto%20do%20Trabalho-25369-1-10-20160329.pdf>
22. Mosquera JJM, Stobãus CD. Auto-imagem, auto-estima e auto-realização: Qualidade de vida na universidade. Psicologia, saúde & doenças (online) [periódico na internet]. 2006 [acesso em 30 de abril de 2020]; 07 (1): 83-05. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v7n1/v7n1a06.pdf>>
23. Sicari AA, Zanella AV. Pessoas em situação de rua no Brasil: Revisão Sistemática. Psicologia: Ciência e Profissão (online) [periódico na internet]. 2018 [acesso em 23 de junho de 2020]; 38 (4): 662-17. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/pcp/v38n4/1982-3703-pcp-38-04-0662.pdf>>




VOLTAR AO
SUMÁRIO

O PAPEL DO ENFERMEIRO NOS CUIDADOS PALIATIVOS: REVISÃO INTEGRATIVA

THE ROLE OF NURSES IN PALLIATIVE CARE: INTEGRATIVE REVIEW

Ana Karolinne Guilherme Rodrigues¹, Inácia Ferreira Costa¹,
Maria dos Santos Ferreira¹, Maysa Melo Marques¹, Mariana Rodrigues da Silva Menezes^{1*}.

RESUMO

Introdução: Cuidados paliativos é o cuidado que prioriza a qualidade de vida, isso independe do tempo que resta para os pacientes com diagnóstico de doenças que estejam fora de possibilidades de tratamentos. **Objetivo:** O estudo visa identificar a percepção dos enfermeiros acerca da assistência ao paciente em cuidado paliativo e a importância do enfermeiro nos cuidados paliativos de forma a desenvolver uma escuta qualificada com as expectativas do paciente e de sua família de forma a auxiliar na melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem a pacientes em cuidados paliativos. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura que em seu objetivo vem fornecer informações mais amplas acerca do tema proposto. **Resultados:** Após verificação dos critérios de inclusão, foram elegíveis 37 artigos, com exclusão de 25 artigos que não tinham ligação direta ao tema e com a escolha de 12 artigos elegíveis que fizeram parte da construção deste artigo. **Conclusão:** O profissional enfermeiro é aquele que presta a assistência diretamente ao paciente, dentre as suas atribuições estão também o acompanhar diariamente os seus progressos, as suas regressões do estado de saúde do paciente, dessa forma ele consegue estabelecer uma relação de ajuda para com o paciente assim também com os familiares de seu paciente.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Enfermeiro, Cuidados da Enfermagem

¹Centro Universitário do Distrito Federal UDF, Departamento de Enfermagem, Brasília, DF

*Autor correspondente: ricardo.abreu@udf.edu.br

ABSTRACT

Introduction: Palliative care is care that prioritizes quality of life, it does not depend on the time left for patients diagnosed with diseases that are beyond treatment possibilities. **Objective:** The study aims to identify the perception of nurses about patient care in palliative care and the importance of nurses in palliative care in order to develop a qualified listening to the expectations of the patient and his family in order to help improve quality of nursing care to patients in palliative care. **Methods:** This is an integrative literature review that aims to provide broader information about the proposed topic. **Results:** After checking the inclusion criteria, 37 articles were eligible, excluding 25 articles that had no direct link to the topic and with the choice of 12 eligible articles that were part of the construction of this article. **Conclusion:** The professional nurse is the one who provides care directly to the patient, among his duties are also to monitor his progress on a daily basis, his regressions in the patient's health status, in this way he is able to establish a helping relationship with the patient as well as with his patient's relatives.

Keywords: Palliative Care, Nurse, Nursing Care

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define cuidados paliativos como o cuidado que prioriza a qualidade de vida, isso independe do tempo que resta para os pacientes com diagnóstico de doenças que estejam fora de possibilidades de tratamentos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018).

A OMS define cuidados paliativos como o ato de promover o alívio da dor e de outros sintomas; afirmar a vida e considerar a morte como um processo natural da vida; não deve acelerar nem adiar a morte; integrar os aspectos psicológicos e espirituais no que concerne o cuidado ao paciente; oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver normalmente dentro do possível, até o momento de sua morte (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018).

Alves (2020) segue dizendo que é papel dos cuidados paliativos oferecer suporte que se estenda também aos familiares durante todo o processo da doença do paciente de forma que ajude a enfrentar o luto; melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente durante todo o processo da doença; deve ser iniciado o mais brevemente e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes que se põem durante o tratamento (ALVES, 2020).

Nos últimos anos muito se tem falado sobre o aumento de pacientes que se encontram em situação que necessita cada dia mais de cuidados paliativos. Com a decorrência desse aumento houve a necessidade voltada à assistência de forma a suprir as lacunas para que o indivíduo dessa forma não abandone o seu tratamento. O enfermeiro diante dessa problemática deve assumir uma postura ética de acordo com que a situação exige de forma a oferecer ao paciente responsabilidade e autonomia diante de seu tratamento (SILVA, 2020).

Na área da enfermagem os cuidados paliativos vêm crescendo e tomando uma proporção de destaque, são esses profissionais que passam a maior parte do tratamento com o paciente, que além de prestar os cuidados de forma contínua são também responsáveis por identificar suas emoções, seus medos, sentimentos esses que são enfrentados não apenas por quem necessita do tratamento, mas também de seus familiares (RAPANOS, 2020).

É de responsabilidade do enfermeiro avaliar o paciente como um todo analisando suas necessidades, ciente de como o paciente está vivendo a situação para que dessa forma possa construir um planejamento de assistência eficaz de cuidado e atenção. O enfermeiro deve desenvolver uma escuta qualificada com as expectativas do paciente e de sua família de forma a auxiliar na melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem e estabelecer uma relação de cumplicidade com o paciente/família durante o processo de cuidar (SOUZA, 2020).

O enfermeiro é o profissional que durante sua vida acadêmica é preparado para cuidar, é de suma importância que esses profissionais estejam preparados para vivenciar e ajudar durante todo o processo. Desse modo, esse profissional tem um papel de destaque profissionalmente e emocionalmente (OLIVEIRA, 2020).

Esse estudo se faz necessário devido ao destaque à humanização no processo do cuidar e essa humanização fica a cargo da equipe de enfermagem que possui um contato contínuo com esses pacientes e diante dessa temática se volta à pergunta que norteia o trabalho sendo: qual o papel do enfermeiro dentro do cuidado paliativo?

Assim, o objetivo deste trabalho foi identificar a importância do papel do enfermeiro frente ao paciente em cuidado paliativo.

2. MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura que tem como objetivo sintetizar os resultados ao longo de toda a pesquisa. A revisão integrativa tem como seu objetivo fornecer informações mais amplas sobre o assunto definido, de modo a proporcionar uma compreensão mais completa sobre o assunto que será abordado durante a produção deste artigo.

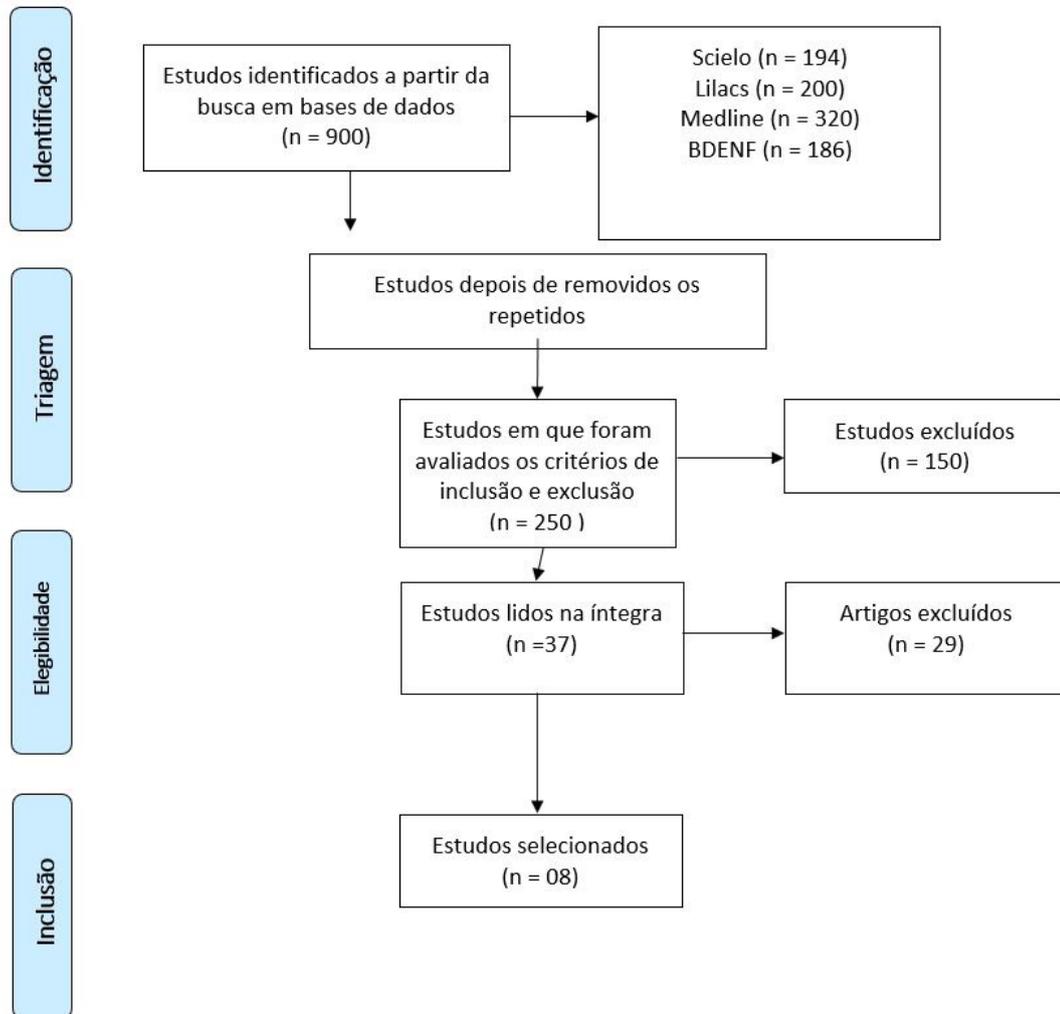
A seleção dos artigos ocorreu entre fevereiro e março de 2021 nas bases de dados: (BDENF) Bases de Dados da Enfermagem, Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), e na biblioteca virtual Scientific Electronic Library Online (SCIELO), a partir dos descritores DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), “Cuidados Paliativos”; “Enfermeiro”; “Cuidados da Enfermagem” e seus correspondentes em inglês: “Palliative care”; “Nurse”; “Nursing Care”, combinados com os operadores booleanos AND e OR.

Como critérios de inclusão no estudo foram considerados: ano de publicação entre 2010 a 2020; textos na íntegra; disponíveis online e gratuitamente; de língua portuguesa e inglesa.

Foram excluídos artigos que não se enquadrassem no objetivo desta pesquisa, estudos publicados em revistas não indexadas, monografias, dissertações, teses e textos não disponíveis eletronicamente na íntegra e textos em outros idiomas que não o inglês e português.

Após leitura criteriosa e considerando os critérios de inclusão, foram selecionadas 08 publicações: dois artigos da Medline; dois artigos do Scielo; três artigos da Lilacs e um artigo da BDENF, conforme figura 1.

Figura 1: fluxograma dos artigos, 2010 a 2020



3. RESULTADOS

O enfermeiro é o profissional que se destaca dentro do processo de cuidar do paciente em cuidados paliativos. O enfermeiro auxilia o paciente no que concerne a sua autonomia frente ao melhor tratamento é ele também o profissional que ajuda a família a lidar com esse processo doloroso e difícil. O enfermeiro não desempenha apenas seu papel de profissional e sim sua ajuda perpassa o profissionalismo acompanhando assim um tratamento humanizado ao paciente e seu familiar.

ARTIGO	AUTOR/ANO	OBJETIVO	MÉTODO	RESULTADOS
1	Ikeda; Marcheti; Sales; Ciccone; Baptista; 2017.	Compreender os obstáculos enfrentados pela equipe de enfermagem no desenvolvimento dos cuidados paliativos.	Qualitativo Descritivo	A equipe de enfermagem enfrenta obstáculos que variam entre o déficit de conhecimento que perpassa barreira que atinge até a rotina dos cuidados desse profissional.
2	Franco; Stigar; Souza; Burci; Silva; 2017	Estabelecer o papel do enfermeiro na execução de Cuidados paliativos Humanizados aos pacientes.	Revisão Bibliográfica	Sabe-se que o profissional dos cuidados paliativos se espera que ele ajude durante todo o processo de forma a dar uma assistência integrada e humanizada acima de tudo.
3	Oliveira; Andrade; Ramos, Camboim; Santos; 2019.	Identificar o conhecimento do estudante sobre as ações do enfermeiro no desenvolvimento do cuidado paliativo.	Descritiva Qualitativa	Espera-se que os cuidados paliativos que são ofertados durante a vivência desses pacientes faz com que a atenção seja a essência dentro de todo o tratamento que visa buscar avanços e bons resultados dentro do tratamento.
4	Rapanos; Oliveira; Silva; 2020.	Evidenciar percepções assistenciais sobre cuidados paliativos em acadêmicos de graduação em enfermagem que possuam formação auxiliar/técnica.	Estudo Qualitativo Descritivo	É de suma importância o conhecimento adicional sobre os cuidados paliativos de forma a despertar o interesse dos acadêmicos que se refletirá nos futuros profissionais.

ARTIGO	AUTOR/ANO	OBJETIVO	MÉTODO	RESULTADOS
5	Dias; Silva; Almeida; Silva; 2020	Identificar a assistência de enfermagem nos pacientes em cuidados paliativos.	Revisão de Literatura	Os cuidados paliativos se fazem importante na impossibilidade de cura é esse cuidado centrado no paciente e na família que visa estabelecer um cuidado de forma holística, que faça parte da assistência integral ao ser humano como uma prática multiprofissional de assistência.
6	Alves; 2020.	Apresentar os dilemas éticos explicitados por profissionais de saúde ao enfrentar processos de finitude.	Revisão de Literatura	Dentro dos cuidados paliativos estabelecerem uma escuta qualificada que ajuda tanto o paciente como a família de forma que o paciente/família não recuse o tratamento. É exatamente como eles são atendidos que irá impactar positivamente no tratamento.
7	Santos; Narciso; Braz; Ferreira; Lopes; Cruz; 2020.	Analisar a percepção de enfermeiros acerca da sua vivência em cuidados paliativos.	Estudo Descritivo	Os profissionais da enfermagem destacam a importância que é estender o cuidado até a família, dessa forma as famílias relatam como se sentem frente ao tratamento que ajuda nas medidas importantes como afeto, carinho, conforto e manejo da dor.

ARTIGO	AUTOR/ANO	OBJETIVO	MÉTODO	RESULTADOS
8	Beal; Cavalheiri; 2020.	Identificar a percepção dos enfermeiros acerca da assistência ao paciente em cuidado paliativo.	Estudo Exploratório Descritivo	O cuidado paliativo é visto pelos profissionais como algo que oferece conforto e alívio da dor, que se estende a família e é respaldado por uma equipe multidisciplinar, para a qual há necessidade de protocolos e treinamentos.

4. DISCUSSÃO

A COMUNICAÇÃO DO ENFERMEIRO COM O PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

A comunicação entre enfermeiro e paciente em cuidados paliativos tem como estratégia desenvolver um relacionamento interpessoal, com um diagnóstico de enfermagem seguro e dessa forma desenvolve um elo de afetividade entre enfermeiro/paciente que ajuda durante todo o tratamento, essa comunicação auxilia o paciente em sua autonomia no tocante a suas decisões que ele deverá tomar ao longo de seu tratamento e também no tempo de vida que resta a ele (SILVA, 2020).

A comunicação afetiva entre enfermeiro/paciente tem como função exercer o relacionamento interpessoal como um ato de acolhimento e humanização que são pilares da assistência de enfermagem ao paciente em tratamento paliativo. O processo do cuidar se relaciona diretamente ao modo de tratar esse paciente e suas especificidades (SILVA, 2020).

O enfermeiro em sua assistência ao paciente em palição presta um cuidado holístico sendo ele cada vez mais necessário para o profissional da saúde, ao desenvolver um vínculo com esse paciente ele tem como resultado a satisfação do dever cumprido, desempenhando seus conhecimentos, habilidades e fortalecendo o relacionamento interpessoal com o paciente durante seu tratamento (SANTOS, 2020).

É importante salientar que não se pode negar o enaltecimento dos cuidados

paliativos que são destinados aos pacientes que não tem a possibilidade de cura, visto que, o pilar primordial para esse cuidado fica evidente que é a comunicação que se desenvolve com esse paciente. O uso terapêutico é importante para os pacientes em tratamento paliativo, é através desse recurso que o enfermeiro tem condições de avaliar, reconhecer, acolher e prestar uma assistência qualificada e humanizada frente às necessidades desses pacientes (SANTOS, 2020).

O enfermeiro além de desenvolver uma escuta qualificada ele também deve reconhecer as emoções e reações emocionais que cada paciente apresenta de acordo com a evolução do seu quadro clínico de forma a ter uma visão que comporte o tratamento adequado a ser usado, para que dessa forma não ocorra uma ruptura no elo já estabelecido da comunicação com o paciente (ALCÂNTARA, 2020).

É fácil perceber que a comunicação já estabelecida entre enfermeiro e paciente se porta de forma coerente ao paciente em cuidados paliativos auxiliando na sua autonomia e no tempo de vida que resta a ele (MACHADO, 2020).

Em sua maioria os pacientes que estão em cuidados paliativos advêm de patologias oncológicas e que na maioria dos casos estão em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), a comunicação se faz tão importante nestes casos, pois se sabe que o câncer é considerado por muitos como um mal que aflige a todas as pessoas que estão envolvidas neste mesmo contexto. De acordo com esse entendimento é fundamental a criação de equipes de saúde com experiência que ajude a reduzir as vivências que acarretam traumas aos pacientes durante seu tratamento (MACHADO, 2020).

A comunicação é tão importante que ela é um suporte que é evidenciado e vivenciado pelo enfermeiro de maneira a dar alívio ao paciente e aos seus familiares, a comunicação tem como objetivo minimizar, confortar e tranquilizar o paciente o fazendo entender que ele pode curtir cada momento e expressar seus sentimentos, de forma a praticar coisas que possam guardar na lembrança e viver emoções que não podem deixar ser deixadas para trás (GRANADEIRO, 2020).

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS PALIATIVOS

O profissional enfermeiro é aquele que presta a assistência diretamente ao paciente, dentre as suas atribuições estão também o acompanhar diariamente os seus progressos, as suas regressões do estado de saúde do paciente, dessa forma ele consegue estabelecer uma relação de ajuda para com o paciente assim também com os familiares de seu paciente. Entretanto, compreender que a morte é tida como um processo natural, inerente à vida, sendo importante viver os sentimentos que o cercam durante todo o processo (FERREIRA, 2020).

A resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) de nº 564/2017 no seu artigo 48 afirma que é papel da enfermagem prestar uma assistência qualificada a fim de promover qualidade de vida a pessoa e família no processo do nascer, viver, morrer e luto (BRASIL, 2017).

Quando se trata de doenças que não possuem cura ou que traz risco de morte, incube como o papel da equipe de enfermagem prestar os cuidados paliativos com o intuito de oferecer conforto nas esferas física, psíquico, social e espiritual, sempre respeitando a vontade do paciente ou de seus representantes (BRASIL, 2017).

Dentre os vários papéis que a enfermagem desempenha é crucial quando se trata de cuidados paliativos que o cuidar seja de qualidade e humanizada sendo a essência durante o processo do tratamento da doença e o enfrentamento da morte. A equipe de enfermagem dentre todos os profissionais são os que mais passam tempo com os pacientes e com isso estabelecem uma relação de vínculo que facilita o bem-estar psicossocial para os pacientes e suas famílias (FERREIRA, 2020).

Para Rocha (2015):

A equipe de enfermagem, deve proporcionar o máximo de conforto ao paciente sob cuidados paliativos, ajudando-os no processo de morrer com dignidade e a utilizar o tempo que lhe resta da melhor forma possível. (ROCHA, et al., 2015).

A enfermagem no desenvolver de suas atividades ela procura aliviar a dor e outros sintomas que angustiam o paciente. Ao mesmo tempo em que afirmam a vida eles também encaram a morte como algo natural e inevitável. Dentre suas funções não cabe a eles nem apressar e nem prolongar a morte, na verdade eles buscam integrar aspectos psicológicos e espirituais que ajude na assistência do paciente de modo que o paciente viva a vida o mais ativamente que possível até a morte, além de ajudar a família a entender a doença e lidar com o luto (EVANGELISTA, 2020).

A equipe de enfermagem cria um elo com os pacientes e familiares, de forma a ofertar uma assistência de forma contínua. Quando se trata de cuidados paliativos a equipe busca amenizar o sofrimento físico e psíquico nessa fase da vida que pode ser transpassado pelo sentimento da perda e do luto afetando assim de forma significativa todos os aspectos na vida do paciente (ALMEIDA, 2020).

De acordo com Silva, et al. (2017):

É dever do enfermeiro ter a preocupação em realizar os cuidados com qualidade e respeito aos direitos do paciente. Esses cuidados que o enfermeiro tem que administrar no momento de agir com o paciente devem estar atrelados à própria personalidade do profissional, uma vez que as ações de humanização decorrem de sentimentos inerentes ao indivíduo que as praticam, sendo tais ações parte de uma estrutura que envolve sentimentos como o amor e confiança, proporcionando ao paciente não só assistência técnica, como também passando para ele uma sensação de afeto e carinho. (SILVA, et al., 2017, p.42)

Quando se trata de uma doença que necessita de cuidados paliativos muitas vezes lidar com o fim da vida não é um processo tão fácil então a partir dessa premissa o enfermeiro pode sentir que está fracassando ou que é incompetente, uma vez que, ele não consegue a cura como resultado de seu trabalho final. É de suma importância se ter um bom preparo da equipe multidisciplinar de forma a atender o paciente e/ou sua família, sendo que a segurança que a equipe transmite pode influenciar de forma direta no resultado do tratamento (PICOLLO; FACHINIM 2020).

PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS FRENTE AOS CUIDADOS PALIATIVOS

Os cuidados paliativos nos serviços de saúde é uma realidade cada vez mais frequente. Este estudo visa proporcionar uma reflexão acerca da importância no aprofundamento que tem como relação o conhecimento em cuidados paliativos (LIRA, 2020).

O cuidado paliativo tem o propósito de oferecer assistência e melhoria na qualidade de vida do paciente, sendo ele indicado para crianças ou adultos cuja doença ameace a vida. O objetivo é valorizar a vida bem como enfrentar a realidade da morte ajudando a encarar como um processo natural, considerando cada indivíduo e suas especificidades. Ademais os cuidados paliativos têm como um de seus objetivos adicionarem práticas que visa proporcionar a diminuição da dor e de outros sintomas seja ele físico, psíquico, emocional, espiritual, sociais ou psicológicos de forma que sua aplicação inicia lá no diagnóstico e finaliza com o luto (LIRA, 2020).

No Brasil essa prática ainda é muito limitada quando comparada com outros países, essa limitação se baseia na modalidade de assistência na fase terminal da vida, pois se sabe que quando a doença atinge esse estágio que é entendido como irreversível. O profissional que atua nesse processo tem em suas mãos uma boa porcentagem no que diz respeito à mudança de pensamento do paciente criando formas possíveis de viver o que ainda resta da melhor forma possível para cada paciente (SILVA, 2020).

Muitas vezes já foi dito aqui que a equipe de enfermagem é responsável por passar maior parte do tratamento com o paciente, dessa forma, a capacitação dessa equipe deve proporcionar a eles a capacidade de avaliar e identificar quais as causas e possíveis condutas mediante a dor do paciente (SILVA, 2020).

Quando se trata do quesito dor existem duas possibilidades: as intervenções farmacológicas e não farmacológicas. A intervenção farmacológica consiste na administração de medicamentos que tem a finalidade de trazer alívio e posteriormente o controle da dor e o conforto, o uso de analgésicos é o método mais utilizado de forma a manter o conforto do paciente, o medicamento mais comum são os opioides, não opioides e os sedativos (DOMINGOS, 2020).

A intervenção não farmacológica ainda que existam muitas divergências entre os profissionais ainda assim é muito utilizada se associando a intervenção farmacológica de forma a utilizar, por exemplo, a mudança de decúbito, menor manuseio do paciente, musicoterapia, criação de vínculo entre paciente, família e profissional, oferta de dieta e de líquidos, hidratação da pele para evitar lesão por pressão, segurança, tranquilidade, confiança para a família, proporcionar que o paciente fique com seus entes queridos em um ambiente agradável e seguro, ouvir o paciente, deixando-o desabafar sobre seus medos e inseguranças (DOMINGOS, 2020).

Muitos profissionais que atuam nos cuidados paliativos dizem que a necessidade de cuidar da dor do paciente mediante o cuidar da parte psicológica, faz com que isso demonstre que a dor em cuidados paliativos vai além do aspecto físico, pois de fato por diversas vezes ser relatada por pacientes, faz dela um elemento para compreender os aspectos emocionais, sociais, espirituais e psicológicos, com a junção de todos esses elementos é denominado como a dor total. De fato, o alívio da dor não pode estar apenas imputado a um profissional e sim se faz necessário que toda a equipe profissional que presta a assistência para o paciente esteja envolvida em todo o processo (ALMEIDA, 2020).

Dessa forma os profissionais da enfermagem devem estar aptos a identificar e agir sobre ela, de fato não tratar apenas a dor do paciente, mas como também a de seus familiares. Mediante todo o seu conhecimento a equipe deve traçar um plano terapêutico que visa proporcionar o alívio da dor de forma que abranja todo o seu aspecto, garantindo assim uma qualidade de vida para todos os envolvidos (BEAL, 2020).

Por fim os cuidados paliativos têm em seu significado como o cuidar da qualidade de vida até o fim da vida, de forma que deve ser excluída a ideia precipitada de que não resta mais nada a ser feito. A equipe de enfermagem é muito importante durante esse processo atuando com seus saberes científicos, espirituais, de vivência e com o único intuito de fazer desse processo doloroso um processo que não pense apenas no fim, mas sim o que se pode durante o tempo que tem até que se chegue o fim (SILVA, 2017).

5. CONCLUSÃO

Cuidados paliativos dentro da realidade da enfermagem no Brasil a cada dia se faz mais importante essa prática. O cuidar da enfermagem durante todo esse processo que perpassa o quesito apenas diminuir a dor e sim diminuir a dor física, psicológica, social, espiritual esse conjunto se faz importante não apenas para o paciente e sim para sua família também.

Essa importância do enfermeiro nos remete a pergunta que norteia este trabalho que implica qual seria a importância do enfermeiro dentro desse processo? Muito bem respondida ao longo da discussão que o enfermeiro não deve dispor apenas de tudo aquilo que aprendeu em sua faculdade, a importância dele vai além de procedimentos terapêuticos chegamos a pensar que hoje em cuidados paliativos ao determinar seu procedimento terapêutico ele já tem que pensar no que aquele procedimento irá ajudar no emocional, no psicológico do paciente e de sua família.

A equipe de enfermagem quando coloca seu plano terapêutico em ação ele não apenas pensa em melhorar a qualidade de vida do paciente ele visa proporcionar ao paciente viverem boas experiências que se adequa a sua realidade de forma que o que lhe resta de vida ele não o perca com amarguras e sim que ele possa ver o lado de se estar vivo e como entender a finitude da vida.

Além disso, os profissionais ainda desempenham um papel humanizado em relação aos familiares de forma a ajuda-los a passar pelo processo do luto. Sempre quando se pensar em cuidados paliativos deve ser englobado os cuidados psíquicos, sociais e o processo de como lidar com a morte juntamente com o plano terapêutico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCÂNTARA F. A. Dilemas éticos em cuidados paliativos: revisão de literatura. Revista Bioética. Brasília. 2020.

ARNAUTS D. B.; CAVALHERI J. C. Percepção dos enfermeiros na assistência em cuidados paliativos. Research, Society and Development. Paraná. 2021.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 564/2017 que aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. 2017.

FRANCO H. C.; STIGAR R.; SOUZA S. J.; BURCI L. M. O papel da enfermagem na equipe de cuidados paliativos: a humanização no processo da morte e morrer. Revista Gestão e Saúde. São Paulo. 2017.

FRANÇA B. D.; SILVA K. L.; FERREIRA J. A.; SILVA A. E.; CUNHA F. C. Percepção dos pacientes sobre os cuidados paliativos. Revista de Enfermagem UFPE. Pernambuco. 2019.

IKEDA L. H.; MARCHETI M. A.; SALES A. P.; GIACON. B. C.; MARQUES F. R. Dificuldades de uma equipe de enfermagem para prestar cuidados paliativos. Revista Qualitativa em Saúde. Mato Grosso do Sul. 2017.

LOPES D. A.; ANDRADE N. L.; RAMOS M. E.; CATÃO R. C.; SANTOS N. N. Ações de enfermagem em cuidado paliativo: conhecimento dos estudantes de graduação. Revista Ciência da Saúde. Pernambuco. 2019.

LIRA N. C.; SILVA E. C.; ALMEIDA M.O.; DOMINGOS A. S. Assistência de enfermagem nos cuidados paliativos. Revista Artigos.com. Pernambuco. 2020.

MOREIRA A. S.; NARCISO A. C.; EVANGELISTA C. B.; FERREIRA T. F. Vivência de enfermeiros acerca dos cuidados paliativos. Revista Online de Pesquisa. Paraíba. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. A saúde no Brasil: cuidados paliativos. Brasília. 2018.

PICOLLO D. P.; FACHINIM M. A atenção do enfermeiro ao paciente em cuidado paliativo. Revista Ciências Médicas. Rio Grande do Sul. 2018.

RAPANOS B. M.; OLIVEIRA E. C.; SILVA W. F. Percepções e conflitos dos acadêmicos de enfermagem sobre cuidados paliativos. Revista de Atenção à Saúde. São Paulo. 2020.

ROCHA L.C.T.; HIRATA A. R.; KIELBLOCK A. O.; MORAIS V. S.; OLIVEIRA P. P. Assistência de enfermagem em cuidados paliativos: revisão bibliográfica. 7º Jornada Científica e Tecnológica do IFSULDEMINAS, 4º Simpósio de Pós-Graduação, Poço de Caldas-MG, 2015.

SANTOS L. F.; FERREIRA J. I.; PACHECO P. Q.; SOUZA S. R. Os desafios dos enfermeiros de cuidados paliativos no cenário hospitalar brasileiro: revisão integrativa. Revista Eletrônica Acervo Saúde. Rio de Janeiro. 2019.

SILVA L. P.; SANTOS G. S.; MACHADO R.; GRANADEIRO D. S.; MELO N. G.; PASSOS J. P. O processo de comunicação eficaz do enfermeiro com o paciente em cuidados paliativos. Research, Society and Development. Rio de Janeiro. 2020.

SILVA R. S.; DIAS N. C.; DOMINGOS A. S. Construção e validação de diagnósticos de enfermagem para pessoas em cuidados paliativos. Escola Ana Nery. 2017; 19(1): 40-46.




VOLTAR AO
SUMÁRIO

TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS DURANTE O PERÍODO GESTACIONAL E NÍVEL DE CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO: REVISÃO SISTEMÁTICA

COMMON MENTAL DISORDERS DURING THE PREGNANCY PERIOD AND NURSES' KNOWLEDGE LEVEL: SYSTEMATIC REVIEW

Gabriele da Silva Sousa¹, Nycolly Karollyne Vieira dos Santos¹, Simone Ramos Bastos Rego¹, Albênica Paulino dos Santos Bontempo^{2*}

RESUMO

Introdução: Os transtornos mentais comuns (TMC) são prevalentes entre gestantes, visto que os níveis hormonais e as transformações no corpo as deixam sensíveis e mais propícias a eles, podendo até mesmo interferir no vínculo entre mãe e bebê durante o puerpério. Muitos são os fatores que podem desencadear o TMC, mas uma triagem feita pela equipe de assistência no pré-natal pode ajudar no diagnóstico e tratamento precoce. **Objetivos:** Observar os TMC mais frequentes durante o período gestacional e o nível de conhecimento do enfermeiro na condução e no acolhimento desse atendimento de forma holística. **Métodos:** Trata-se de uma revisão sistemática realizada na Biblioteca Virtual de Saúde, utilizando descritores “GESTAÇÃO”, “TRANSTORNO MENTAL” e “ENFERMAGEM” e os filtros: texto disponível na íntegra, assunto principal “Transtornos Mentais”, “Assistência Perinatal”, “Papel do Profissional de Enfermagem”, publicado nos últimos 10 anos. Excluindo os que não abordavam o tema proposto, esse processo passou por 3 etapas: leitura de títulos, resumos e integral, para compilação dos dados. **Resultados:** Observou-se alta prevalência de TMC gestacional em ordem mundial e que a maioria dos profissionais carecem de conhecimento, habilidades e relatam sentir-se despreparados para prestar cuidados a uma gestante em sofrimento psíquico. **Conclusão:** É imprescindível que ocorra o rastreamento precoce para prevenção de danos. Os enfermeiros e obstetras devem ficar atentos durante as consultas de pré-natal, oferecer escuta qualificada e passar confiança a fim de identificar fatores de riscos associados que podem agravar a situação da paciente, principalmente no período pós-natal.

Palavras-chave: *Gestação. Transtorno mental. Enfermagem*

¹Centro Universitário do Distrito Federal (UDF), Brasília, DF

²Docente no Centro Universitário do Distrito Federal (UDF), Brasília, DF

*Autor correspondente: albenica.bontempo@udf.edu.br

ABSTRACT

Introduction: Common mental disorders (CMD) are prevalent among pregnant women, as hormonal levels and changes in the body make them sensitive and more conducive to them and may even interfere with the bond between mother and baby during the puerperium. There are many factors that can trigger CMD, but a screening performed by the prenatal care team can help in early diagnosis and treatment. **Objectives:** To observe the most frequent CMDs during the gestational period and the nurses' level of knowledge in conducting and receiving this care in a holistic way. **Methods:** This is a systematic review carried out in the Virtual Health Library, using the descriptors "PREGNANCY", "MENTAL DISORDERS" and "NURSING" and the filters: text available in full, main subject "Mental Disorders", "Perinatal Care", "Role of the Nursing Professional", published in the last 10 years. Excluding those that did not address the proposed theme, this process went through 3 stages: reading of titles, abstracts and full, for data compilation. **Results:** There was a high prevalence of gestational CMD worldwide and that most professionals lack knowledge, skills and report feeling unprepared to provide care to a pregnant woman in psychological distress. **Conclusion:** It is essential that early screening to prevent damage occurs. Nurses and obstetricians must pay attention during prenatal consultations, offer qualified listening and communicate confidence in order to identify associated risk factors that can aggravate the patient's situation, especially in the postnatal period.

Keywords: Pregnancy. Mental disorder. Nursing

1. INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais comuns (TMC) referem-se a um grupo de doenças mentais formado por depressão, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno do pânico, fobias, transtorno de ansiedade social, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno de estresse pós-traumático¹.

O TMC ocasiona implicações e variações multifatoriais, em que os sintomas advindos dessa classificação elevam a incapacidade funcional dos indivíduos. Durante o período gestacional, diversas alterações acontecem no corpo e na mente, que por consequência trazem efeitos psicossociais para a genitora, seus familiares e até mesmo repercutem em sua interação social, ocasionando alguns transtornos mentais, como os mencionados.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)², os TMC atingem 10% das gestantes e 13% das puérperas. Nos países em desenvolvimento, a estimativa é ainda maior, com 15,6% durante a gestação e 19,8% após dar à luz. Poucos são os artigos voltados à prevalência de transtornos mentais durante a gestação no Brasil, e muitos destes são antigos ou se resumem a um único transtorno – na maioria das vezes é a depressão³.

Em um estudo realizado por Da-Silva e colaboradores, os autores observaram uma prevalência de TMC em torno de 37,9% das entrevistadas; os fatores de risco relacionados foram: a baixa renda, a falta de apoio do parceiro e a cor da pele⁴. Já Lovisi e colaboradores relataram em seu estudo uma prevalência de 19,1% de TMC entre gestantes e observaram que, além dos fatores de risco já citados, havia também outros, como violência e dificuldades financeiras⁵.

Os profissionais da enfermagem, em diversos casos, são os primeiros a identificar esses tipos de transtornos através da primeira consulta de pré-natal ou até mesmo durante as consultas de rotina. No cuidado oferecido durante o período pré-natal e perinatal, deve-se garantir um olhar sobre a história que antecede a chegada do bebê, os sentimentos dos pais e o ambiente em que vivem. É necessário um olhar humanístico, cuidado, atenção e uma escuta qualificada, procurando favorecer uma certa “intimidade” e conforto para que essa gestante se auto avalie, reconheça emoções, expressões e o que a incomoda e, além disso, sintam-se confortáveis para externá-las ao enfermeiro⁶.

Por meio de uma revisão sistemática, este trabalho teve como objetivo observar os TMC mais frequentes durante o período gestacional e o nível de conhecimento do enfermeiro na condução e no acolhimento desse atendimento de forma holística.

2. MÉTODOS

Revisão sistemática, realizada na Biblioteca Virtual em Saúde em março de 2021. Foram seguidas as orientações do “Relatório Preferidos para Revisões sistemáticas e Meta-Análises” (PRISMA). Foram utilizados os descritores “GESTAÇÃO”, “TRANSTORNO MENTAL”, “ENFERMAGEM” (com o operador booleano “AND”) e os filtros: texto disponível na íntegra, assunto principal “Transtornos Mentais”, “Assistência Perinatal”, “Papel do Profissional de Enfermagem”, publicado nos últimos 10 anos. Realizaram a busca 3 pesquisadoras independentemente.

A seleção seguiu os critérios de elegibilidade, priorizando artigos relacionados a “Transtornos Mentais, Assistência Perinatal, Papel do Profissional de Enfermagem”. Foram excluídos estudos relacionados ao uso indevido de substâncias, associados a outras patologias ou comorbidades pré-existentes, artigos realizados com animais, sobre uso de medicamentos, artigos de opinião e cartas editoriais. Todo o processo teve 3 etapas: leitura dos títulos, resumos e integral. Foi realizado simultaneamente pelas pesquisadoras, que compararam suas seleções e discutiram as divergências. Por fim, foram extraídos os resultados e conclusões mais relevantes.

3. RESULTADOS

Inicialmente foram localizados 81 artigos; em seguida, removidos os duplicados, os indisponíveis, e após o uso dos filtros e aplicação dos critérios de elegibilidade, restaram 18 documentos. Destes, apenas 13 foram considerados para a etapa de compilação dos dados. Os detalhes da busca estão esquematizados no fluxograma da Figura 1.

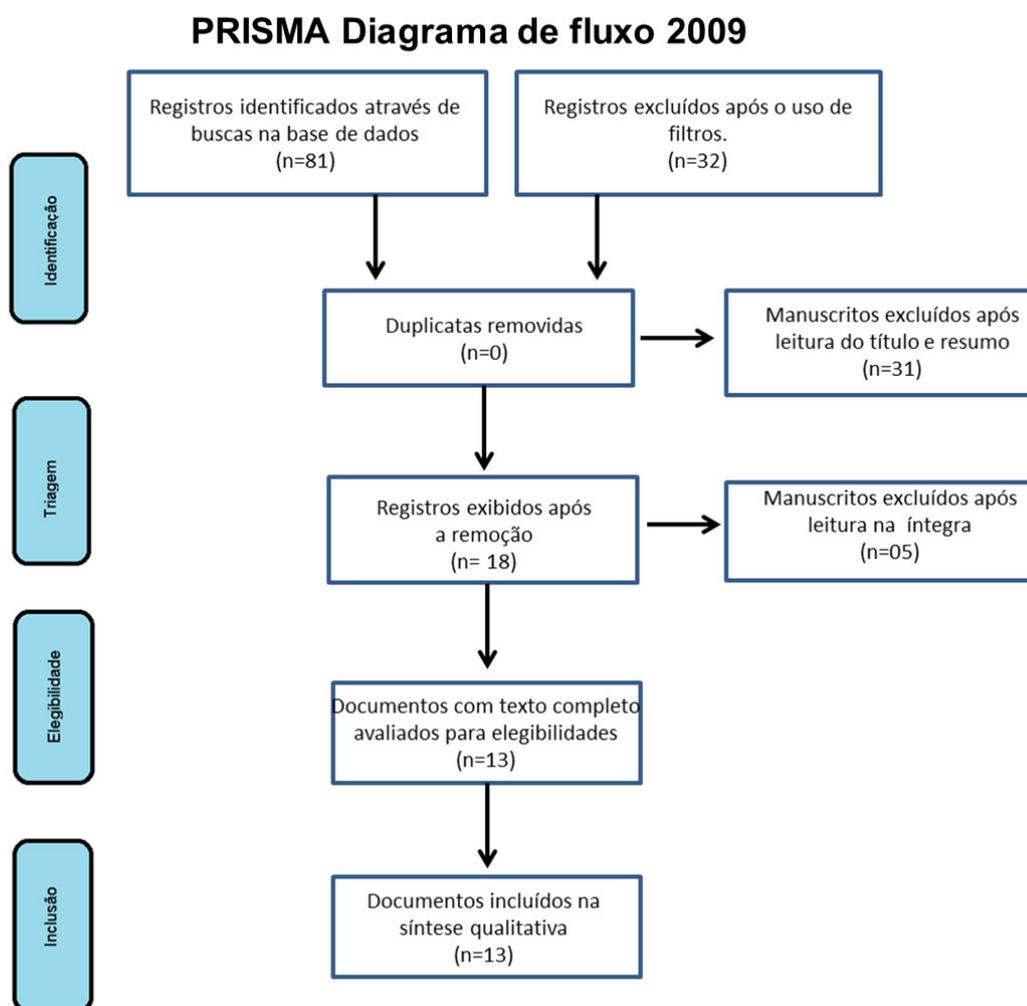


Figura 1. Fluxograma descrevendo a estratégia de busca e seleção de estudos dos itens Preferenciais de Relatórios para Revisões Sistemáticas e Meta-Análises (PRISMA).

O Quadro 1 apresenta a síntese dos principais achados de cada artigo.

Quadro 1. Transtornos mentais frequentes durante o período gestacional e nível de conhecimento e atuação do enfermeiro.

AUTORES	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSÃO
<p>McCauley et al. 2011</p>	<p>Explorar as atitudes, habilidades, conhecimentos e experiências de parteiras no trabalho com mulheres com TMC durante o período perinatal e fazer recomendações para a prática.</p>	<p>Estudo descritivo exploratório. Com o questionário "The Victorian Survey of Midwives" para obter dados sobre as habilidades de saúde mental e conhecimento de parteiras e suas experiências de prestação de cuidados perinatais com TMC.</p>	<p>A maioria eram mulheres com idade média de 42 anos, 85% possuem qualificação enfermagem geral. 66% tinham mais de 10 anos de experiência em obstetrícia; as qualificadas em saúde mental eram de apenas 4%, 20% relataram ter recebido qualquer educação em saúde mental, incluindo avaliação e psicofarmacologia.</p>	<p>Observou a necessidade de as parteiras receberem mais educação e treinamento em avaliação de saúde mental e TMC.</p>
<p>Hauck Y, et al. 2013</p>	<p>Explorar a experiência da mulher, sua relação com a clínica especializada em gestantes com TMC e sua percepção sobre a continuidade do cuidado durante a gravidez dentro de um modelo multidisciplinar.</p>	<p>Estudo exploratório qualitativo, por meio de entrevistas telefônicas com 41 mulheres, 24 primíparas e 17 multíparas. Foram analisadas por meio de análise temática com mulheres pós-parto, que foram solicitadas a refletir sobre sua experiência recente de gravidez. O método de comparação constante foi realizado para determinar temas comuns.</p>	<p>No estudo, 40 mulheres confirmaram que estavam muito satisfeitas na continuidade do atendimento de uma equipe conhecida dentro do ambulatório. Essas mulheres sugeriram que era importante ou muito importante ter o mesmo obstetra (n = 37), o mesmo psiquiatra (n = 34) e a mesma parteira (n = 32).</p>	<p>Construir relacionamentos, ser reconhecida como portadora de necessidades especiais e ser cuidada com respeito e compreensão foram marcantes para essas mulheres entrevistadas. Elas relataram experiências positivas no atendimento durante a gravidez.</p>

Quadro 1. Transtornos mentais frequentes durante o período gestacional e nível de conhecimento e atuação do enfermeiro.

AUTORES	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSÃO
Phillips, 2015	Avaliar de forma sistemática a consciência das estudantes parteliras sobre o TMC perinatal.	Estudo qualitativo com grupos focais. Nove estudantes parteliras foram recrutadas para o estudo de pesquisa que consistia em dois grupos focais.	Os participantes desse estudo ressaltaram a importância de compreender as percepções culturais sobre maternidade e etnia, a comunicação e o potencial da relação única entre a parteira e a mulher, bem como observar as formas como os fatores sociais impactam os indivíduos e aumentam sua suscetibilidade ao TMC.	É importante o conhecimento sobre os TMC perinatais para o atendimento e o apoio que as mulheres com doença necessitam durante os serviços pré-natais.
Myors KA, et al. 2015	Relatar a proporção de mulheres que se envolvem / não se envolvem com os serviços, suas características e as estratégias que os médicos usam para envolvê-las.	Estudo de métodos mistos. Os dados foram coletados por meio da revisão de prontuários médicos e entrevistas com médicos perinatais.	As mulheres do presente estudo tinham fatores de risco múltiplos e resultados perinatais insatisfatórios; no entanto, a maioria das mulheres (71,3%) contratou um serviço de saúde mental infantil e perinatal. Não houve diferenças significativas nos fatores de risco das mulheres que contrataram e das que não contrataram, indicando que mulheres com todos os níveis de risco estão dispostas a se envolver com os serviços.	É necessário novas estratégias que envolvam efetivamente mulheres em risco de resultados perinatais insatisfatórios, para prevenir sequelas negativas de longo prazo.

Quadro 1. Transtornos mentais frequentes durante o período gestacional e nível de conhecimento e atuação do enfermeiro.

AUTORES	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSÃO
Phillips e Thomas, 2015	Explorar e obter uma visão sobre as expectativas e experiências de mulheres com um diagnóstico preexistente de TMC.	Estudo qualitativo por meio de entrevistas semiestructuradas e análise temática dos dados. As entrevistas ocorreram nas casas das mulheres ou no serviço pré-natal com o consentimento da mulher e dos profissionais competentes.	Identificou-se a falta de informações antes da consulta inicial e a falta de clareza das mulheres sobre suas necessidades de saúde mental nesse momento.	As parteiras precisam ser treinadas para receber conhecimentos atualizados sobre TMC pré e pós-natais, tratamento e processo de encaminhamento para serviços de saúde mental perinatal.
Rollans M, et al. 2016	Explorar como as parteiras interagem com os parceiros no rastreamento da depressão ou na avaliação psicossocial durante o pré-natal e descrever as percepções das mulheres sobre a experiência de seus parceiros.	Estudo etnográfico, realizado na Austrália. Os dados qualitativos foram coletados por meio de observações (n = 54), entrevistas (n= 60) e grupos de discussão (n= 7) com parteiras e enfermeiras de saúde da criança e da família que realizavam as consultas. As transcrições de observações, entrevistas e grupos de discussão foram submetidas a uma análise qualitativa, e os temas-chave foram identificados.	Os resultados mostraram que os parceiros têm pouco ou nenhum envolvimento na avaliação psicossocial e no rastreamento da depressão. A análise temática revelou quatro temas principais: negociando exclusão de parceiros, inclusão parcial, negócios de mulheres ou preocupação de um casal? E eles sabem de qualquer maneira.	Há necessidade de desenvolvimento de políticas e procedimentos para facilitar a inclusão de parceiros em avaliações psicossociais perinatais e consultas de triagem para TMC. A educação e o treinamento do corpo clínico serão aspectos essenciais desse processo.

Quadro 1. Transtornos mentais frequentes durante o período gestacional e nível de conhecimento e atuação do enfermeiro.

AUTORES	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSÃO
<p>Higgins A, et al. 2016</p>	<p>Examinar o impacto da participação no módulo sobre o conhecimento, as habilidades e as atitudes das estudantes parteiras no tratamento de questões de saúde mental com mulheres.</p>	<p>Estudo descritivo observacional qualitativo e quantitativo realizado com referência à literatura que avalia o conhecimento, atitude e convivência das parteiras com influência no apoio a mulheres com problemas de saúde mental. Os participantes completaram a pesquisa antes do início do módulo e depois de concluí-lo.</p>	<p>A comparação das medidas pré e pós mostrou que o programa aumentou estatisticamente o conhecimento e as habilidades dos participantes. Eles relataram atitudes ainda mais positivas após o curso. Cerca de metade dos alunos no pré (53%; n = 15) e no pós-pesquisa (50%; n = 13) relataram que tinham um membro da família com problemas de saúde mental. Mais de 80% em ambos os pré (86%; n = 24) e pós (81%; n = 21) relataram que conheciam alguém que tinha um problema de saúde mental. 25% (n = 7) dos participantes da pesquisa relataram que eles próprios haviam experimentado um problema de saúde mental. No entanto, isso aumentou para 31% (n = 8) no pós-pesquisa.</p>	<p>O módulo sobre saúde mental perinatal foi eficaz para melhorar o conhecimento, as habilidades e as atitudes autorrelatadas de estudantes parteiras. Recomenda-se aos educadores incluírem um módulo semelhante em seu currículo.</p>

Quadro 1. Transtornos mentais frequentes durante o período gestacional e nível de conhecimento e atuação do enfermeiro.

AUTORES	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSÃO
Lucchese R, et al. 2017	Estimar a prevalência de probabilidade de TMC comuns em gestantes e fatores associados.	Estudo transversal, quantitativo e descritivo com 330 gestantes cadastradas em um Serviço de Atenção à Saúde da Mulher no Centro-Oeste do Brasil. Os dados foram obtidos por meio de um questionário que abordou características sociodemográficas, antecedentes familiares e pessoais. Aplicaram-se no TMC o Questionário de autorrelato e a regressão de Poisson para verificar os fatores associados.	A prevalência de probabilidade de TMC comuns em gestantes foi de 57,1% e esteve associada a: estado civil, idade gestacional, gravidez não planejada e sangramento.	As variáveis associadas são destacadas como contribuições para o pré-natal e para a preparação dos profissionais que atuam nas áreas de rastreamento, promoção, diagnóstico e tratamento em saúde.
Higgins A, et al. 2018	Explorar as barreiras para as parteiras e as enfermeiras abordarem questões de saúde mental com mulheres durante o período perinatal.	Estudo descritivo com pesquisa anônima, online (através do Survey Monkey) ou impressa. Realizada com enfermeiros da rede pública da Irlanda (n=809 enfermeiras parteiras). A pesquisa listou 26 barreiras potenciais para a prestação de cuidados de saúde mental perinatal.	Os participantes identificaram os fatores organizacionais como as maiores barreiras. Mais de 50% dos participantes identificaram barreiras relacionadas ao médico, como falta de conhecimento sobre saúde mental perinatal e questões culturais; falta de habilidade, em particular, habilidades para responder a uma revelação de um problema de saúde mental; e medo de causar ofensa e angústia às mulheres.	Há necessidade da obrigatoriedade de serviços de atenção primária para lidar com as barreiras organizacionais, como serviços, vias de atendimento, cargas de trabalho e privacidade, e fornecer vias de atendimento para orientar a tomada de decisão.

Quadro 1. Transtornos mentais frequentes durante o período gestacional e nível de conhecimento e atuação do enfermeiro.

AUTORES	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSÃO
<p>Noonan M, et al. 2017</p>	<p>Relatar e explorar estudos que abordam as percepções e experiências dos enfermeiros de saúde pública na identificação e na gestão do cuidado de mulheres com TMC perinatal.</p>	<p>Revisão sistemática e metassíntese com estudos qualitativos.</p>	<p>14 estudos qualitativos foram incluídos, 2 temas com subtemas surgiram: "conceituação e detecção de problemas de saúde mental perinatal" e "barreiras facilitadoras para a gestão de problemas de saúde mental perinatal" (foram identificados como fatores que melhoraram ou apoiaram a gestão de mulheres com problemas de saúde mental perinatal). Os subtemas foram: disponibilidade e adequação das vias de referência, tempo, treinamento, intervenções de enfermeiros da saúde pública, grupos de apoio à comunidade e vias de referência.</p>	<p>As enfermeiras de saúde pública usam uma variedade de métodos para identificar mulheres com doenças perinatais e problemas de TMC. No entanto, várias estruturas de suporte são necessárias para otimizar a gestão, incluindo acesso a vias de referência adequadas, grupos de apoio e continuidade do relacionamento.</p>

Quadro 1. Transtornos mentais frequentes durante o período gestacional e nível de conhecimento e atuação do enfermeiro.

AUTORES	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSÃO
<p>Noonan M, et al. 2018</p>	<p>Determinar, identificar e gerenciar conhecimentos de parteiras sobre TM perinatal, atitudes em relação às mulheres que sofrem de TM graves e necessidades de aprendizagem percebidas.</p>	<p>Estudo transversal, realizado em sete serviços de maternidade na Irlanda, com uma amostra de conveniência não aleatória intencional de parteiras (n = 157). Os dados foram coletados anonimamente utilizando o questionário.</p>	<p>O estudo indicou altos níveis de conhecimento (71,1%) e confiança (72%) na identificação de mulheres que experimentam depressão e ansiedade; no entanto, eles relataram menos confiança no cuidado (43,9%) para as mulheres. Apenas 17,8% (n = 28) das parteiras se sentiam equipadas para apoiar as mulheres, enquanto 15,3% (n = 24) relataram ter acesso a informações eficientes.</p>	<p>As parteiras devem ter acesso à educação e a treinamento contínuos, ter apoio organizacional que reconheça a importância da saúde mental perinatal e o tempo que as parteiras podem resolver esse problema e ter acesso para vias de encaminhamento apropriadas.</p>
<p>Wadepful F, et al. 2018</p>	<p>Confirmar uma estrutura que pode ser usada para identificar barreiras e facilitadores para a avaliação e cuidados eficazes de mulheres com TM perinatal.</p>	<p>Revisão sistemática de métodos mistos, qualitativo e quantitativo. 12 estudos qualitativos, cinco métodos mistos e 16 estudos quantitativos originários de 9 países, com a maioria conduzida na Austrália e no Reino Unido. Bancos de dados eletrônicos relevantes foram pesquisados de janeiro de 2007 a dezembro de 2016; 33 estudos de nove países preencheram os critérios de inclusão.</p>	<p>Os resultados do estudo foram mapeados em cinco domínios da estrutura: conhecimento (29); confiança (22); atitudes (23); infraestrutura (25); e percepção (19) da doença. Evidências sugerem que as parteiras se beneficiam de um treinamento adicional nesses domínios. Características da infraestrutura organizacional, atuar como barreiras ou facilitadoras para um cuidado efetivo; estes devem ser tratados a nível organizacional.</p>	<p>A revisão identificou variações entre as parteiras nos fatores como conhecimento, confiança, atitudes e percepções da doença. O conhecimento foi confirmado como um fator crítico componente da prática que sustenta outros domínios e enfatiza a necessidade de alta qualidade e treinamento eficaz.</p>

Quadro 1. Transtornos mentais frequentes durante o período gestacional e nível de conhecimento e atuação do enfermeiro.

AUTORES	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSÃO
<p>Noonan M, et al. 2019</p>	<p>Identificar o conhecimento, opiniões, necessidades de conhecimento dos enfermeiros de saúde pública em mulheres que sofrem de TMC perinatal, explorando suas atitudes em relação às gestantes que apresentam doenças mentais graves.</p>	<p>Os dados foram coletados de uma amostra de conveniência de enfermeiras irlandesas de saúde pública, (N = 105) de dezembro de 2016 a fevereiro de 2018. A pesquisa postal anônima consistiu em um questionário de saúde mental perinatal, doença mental: escala de atitudes do clínico e questionário de necessidades de aprendizagem em saúde mental perinatal.</p>	<p>Enfermeiros de saúde pública requerem oportunidades educacionais para explorar expressões de sofrimento psicológico em diferentes culturas e suas próprias atitudes pessoais em relação à saúde mental.</p> <p>Enfermeiros de saúde pública requerem oportunidades educacionais para explorar expressões de sofrimento psicológico em diferentes culturas e suas próprias atitudes pessoais em relação à saúde mental.</p>	<p>Enfermeiros de saúde pública requerem oportunidades educacionais para explorar expressões de sofrimento psicológico em diferentes culturas e suas próprias atitudes pessoais em relação à saúde mental.</p>

FONTE: Autores, 2021.

4. DISCUSSÃO

No presente estudo, observou-se que os profissionais da saúde são capazes de identificar os principais transtornos mentais acometidos no período gestacional, além de ser constatado que muitos desses profissionais requerem mais conhecimentos sobre o assunto.

As gestantes sofrem mais estresse, ansiedade e depressão. Esses dados foram observados por enfermeiros de saúde pública⁷. Um estudo realizado na Austrália identificou que a depressão (87,0%) e o transtorno de ansiedade (77,6%) são as doenças mentais mais frequentes em gestantes; já os transtornos que tiveram um percentual baixo foram: a desordem de personalidade (33,5%), transtorno bipolar (26,0%), transtorno obsessivo-compulsivo (24,8%), esquizofrenia (20,8%) e mania (6,8%).⁸

Segundo Lucchese¹, os TMCs durante a gravidez se devem a fatores de risco como a baixa idade, escolaridade, baixa renda, condição socioeconômica, estado civil e desemprego. Alguns ainda podem vir associados, tais como: viver sem o companheiro, gravidez não planejada, idade gestacional e complicações gestacionais. As gestantes desempregadas e em condições socioeconômicas mais baixas possuem um alto nível de prevalência para depressão e ansiedade⁹. Um estudo prospectivo na Jordânia, realizado com 353 mulheres com idades entre 18 e 35 anos que estavam no último trimestre de gravidez, mostrou uma porcentagem relevante de sintomas depressivos (19%) durante o pré-natal de uma gravidez planejada e significativamente maior quando a gravidez não havia sido planejada (59%)¹⁰. O estudo mostra que a gravidez sem planejamento é uma grande preocupação, principalmente para a cultura local onde foi realizada a pesquisa.

Na Austrália, em um estudo realizado para identificar mulheres que possuem riscos elevados de apresentar resultados negativos em relação à saúde mental durante a gestação, através do qual eram encaminhadas para serviços especializados em doenças mentais. Muitas das entrevistadas não aceitavam o diagnóstico pelo estigma da doença mental, mas se viam dentro dos fatores de risco no qual aceitavam o atendimento prévio.

Dentre os riscos avaliados, os mais relevantes foram divididos em três níveis: nível 1: fator de risco não identificado; nível 2: questões sociais, como redes de apoio deficientes; e nível 3: mulheres com necessidades complexas, que abrangem planejamento e boas intervenções individualizadas (abuso infantil, automutilação e agressão sexual do adulto), de acordo com os critérios usados, 72,4% das mulheres foram classificadas com três ou mais fatores de riscos de nível 2 e 54,1% com pelo menos um fator de risco de nível 3¹¹.

A probabilidade de adquirir TMC em gestantes foi de 57,1% no estudo transversal descritivo realizado no Brasil na região Centro-Oeste entre 2014 e 2015. Esse estudo revelou uma variação maior do percentual em relação a estudos anteriores¹². Os sintomas observados na pesquisa em sua maioria foram sugestivos de ansiedade e depressão¹. Sabe-se que variações podem ocorrer na prevalência devido às diferenças nas populações, avaliações de triagem e resultados examinados em estudos¹³.

Em um estudo húngaro, realizado com 503 mulheres grávidas, o percentual de mulheres que relataram ter ou têm chance de ter TMC com sintomas depressivos foi de 60% (dos quais 16,1% eram leves; 2,4%, moderado; e 1,4%, grave) e para ansiedade 39,46%. As mulheres com menos de 20 anos apresentaram maior índice de depressão do que as mais velhas entre 20 e maiores de 35 anos⁹. Existem evidências de que a prevalência de depressão perinatal paterna é semelhante à das mulheres¹⁴.

A taxa de prevalência de TMC diagnosticada durante consultas de pré-natal no Reino Unido foi de 1:4 mulheres, em uma avaliação realizada por parteiras utilizando o questionário de whooley, uma forma de rastreio da depressão perinatal. O teste funciona da seguinte forma: são realizadas duas perguntas; se em ambas delas a resposta for “sim”, identificam-se as pacientes que podem se beneficiar de uma avaliação adicional. Uma resposta “não” essencialmente descarta a depressão¹⁵.

Durante a avaliação psicossocial para rastreamento de TMC em uma consulta de pré-natal, é de suma importância deixar a gestante à vontade para que conte os seus anseios, medos e dúvidas. A futura mãe precisa relatar caso tenha histórico de doença mental, se fez tratamento ou se algum familiar já foi diagnosticado.

No estudo realizado na Austrália, com entrevistas semiestruturadas após observações com mulheres e profissionais da saúde, as entrevistadas que já possuíam algum transtorno e faziam tratamento psiquiátrico anteriormente relataram sentir-se vulneráveis e incomodadas por tocar no assunto¹⁶.

Segundo Boots Family Trust, o medo do atendimento e a possível remoção de seu filho foram identificados como os principais fatores contribuintes para a não divulgação de doenças mentais por parte das mães durante as consultas de pré-natal¹⁷. Já Phillips e Thomas dizem que as mulheres durante o período gestacional costumam ter ansiedade principalmente em relação ao parto, mas a expressão dessas ansiedades também pode ser uma reação contra a idealização da maternidade¹⁸.

As enfermeiras parteiras carecem de habilidades e conhecimentos em saúde mental e se sentem despreparadas e inseguras para fornecer um atendimento adequado a essas mulheres⁸. Essas enfermeiras têm encontrado barreiras organizacionais, um grande impacto negativo na sua capacidade de incorporar os cuidados de saúde mental na sua prática¹⁹.

É importante identificar quaisquer empecilhos que impossibilitem esses profissionais de praticar os seus conhecimentos na área de saúde mental perinatal. O estudo realizado por Higgins e colaboradores, avaliou o impacto de conhecimento, atitudes e habilidades de um módulo de saúde mental perinatal em uma pesquisa de pré e pós-módulo. Essa avaliação demonstrou que o módulo é eficaz para melhorar o conhecimento, as habilidades e as atitudes autorrelatadas de estudantes parteiras²⁰.

Segundo a resolução do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN N° 0599/2018²¹, os cuidados prestados pela equipe de enfermagem devem ser integrais em conformidade com as diretrizes da política de humanização, com ênfase na clínica ampliada e pautados no respeito aos direitos humanos, em especial aos das pessoas com TMC.

Nos dias de hoje, o enfermeiro avalia os TMCs através de um atendimento individual e/ou em grupo com os usuários em sofrimento psíquico e seus familiares, no qual é estabelecido um relacionamento terapêutico que atenda às necessidades do indivíduo²². Uma revisão sistemática apresentou cinco domínios importantes que profissionais podem observar para avaliar problemas mentais em gestantes durante as consultas, são eles: o nível de conhecimento da gestante, confiança, atitudes, infraestrutura e percepção da doença. Nesse estudo foi constatado que o conhecimento é um facilitador na avaliação para identificar outros domínios²³. Um estudo realizado na Austrália explorou as condutas dos profissionais durante as consultas de pré-natais, e foi constatado que é mínimo o envolvimento do parceiro nessa avaliação psicossocial¹⁶.

Em um estudo realizado na Austrália, foram investigadas as experiências das gestantes em uma clínica pré-natal especializada em partos e doenças mentais, e constatou-se que construir relacionamentos entre o profissional e a paciente, ser reconhecida como portadora de necessidades especiais e ser cuidada com respeito e compreensão foram atitudes marcantes para as mulheres entrevistadas²⁴.

De acordo com o COFEN, para executar suas atribuições, a equipe de enfermagem está respaldada na Lei n° 7.498 de 25 de junho de 1986, em conformidade com o Decreto n° 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta o exercício da Enfermagem no país. Compete a esses profissionais conhecimentos científicos adequados para realizar uma escuta qualificada, que sejam voltados à saúde do indivíduo em sofrimento mental e que viabilizem a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)²¹.

Os TMCs exigem habilidades específicas na prevenção, avaliação psicossocial, uso de ferramentas de triagem e resposta ao sofrimento psicológico com intervenções precoces e encaminhamentos apropriados¹². As intervenções precoces para doenças mentais perinatais são, portanto, essenciais para reduzir os riscos para a mãe e seu bebê²⁵.

Segundo o estudo de Noonan e colaboradores²⁶, o profissional deve ter conhecimento necessário e confiança para realizar o atendimento. Tudo começa pela triagem, que deve ser feita durante a primeira consulta com todas as gestantes, na

qual o profissional deve reconhecer os riscos para TMC, pela fala e comportamento da gestante, de acordo com os protocolos da unidade e os questionários a serem respondidos.

Por meio dessa breve triagem, através dos dados coletados, o profissional deve identificar os fatores de risco. Embora seja vital dar ênfase ao relacionamento terapêutico com as mulheres, a equipe de enfermagem enfrenta diariamente as decisões sobre a segurança delas. Isso pode consistir em supervisão frequente e de apoio para permitir que as enfermeiras parteiras articulem com segurança suas respostas frequentemente perturbadoras ao cuidado das mulheres²⁵.

5. CONCLUSÃO

O presente estudo observou que a ansiedade e a depressão foram os transtornos mentais comuns mais frequentes em diferentes partes do mundo. Foi possível observar também a associação destes com a condição socioeconômica, desemprego, estado civil, nível de escolaridade, idade e gestação não planejada, sendo esses os fatores de risco mais citados nos estudos selecionados nesta revisão.

Os profissionais de saúde, sejam eles enfermeiros e obstetras, possuem um grande papel de rastreio e de controle de transtornos mentais comuns pré-natais. Também se observou que os profissionais necessitam de mais conhecimento acerca dos transtornos mentais comuns durante a gestação para ter uma melhor percepção da doença assim como também necessitam de uma infraestrutura organizacional para acolher as gestantes holisticamente. Faz-se necessário um maior estímulo a educação continuada para que os profissionais possam reconhecer precocemente, avaliar e cuidar de gestantes em sofrimento psíquico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lucchese R, Simões ND, Monteiro LHB, Vera I, Fernandes IL, Castro PA et. al. Fatores associados à probabilidade de transtorno mental comum em gestante: estudo transversal. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, e20160094, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000300201&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 12 Mar. 2021. Epub June 01, 2017. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0094>.

2. World Health Organization (WHO). Mental health. Maternal mental health, 2019. Disponível em: <<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/maternal-mental-health>>. Acesso em: 01 abr. 2021

3. Almeida, MS. Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil. Porto Alegre, 2010. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/26129/000756956.pdf?sequence=1>>. Acesso em 01 abr. 2021

4. Da-Silva VA, Moraes-Santos AR, Carvalho MS, Martins MLP, Teixeira NA. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Braz J Med Biol Res*, Ribeirão Preto, v. 31, n. 6, p. 799-804, June 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-879X1998000600012>. Acesso em: 01 abr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0100-879X1998000600012>.

5. Lovisi GM, López JRRA, Coutinho ESF, Patel V. Pobreza, violência e depressão durante a gravidez: uma pesquisa com mães atendidas em um hospital público no Brasil. *Psychological Medicine*; Cambridge v. 35, Ed. 10, (Oct 2005): 1485-92. Disponível em: <<https://search.proquest.com/openview/e10ee0208b4bfee9154657852ede6981/1?pq-origsite=g-scholar&cbl=35753>>. Acesso em: 01 abr. 2021. <https://DOI:10.1017/S0033291705005362>

6. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Diretrizes Clínicas em Saúde Mental 1º edição, 2018. p.135-148. disponível em: <<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/Diretrizes%20Clinicas%20em%20saude%20mental.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2021.

7. Noonan M, Galvin R, Doody O, Jomeen J. Public health nurses' perinatal mental health training needs: A cross sectional survey, 2019. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.14013>>. <https://doi.org/10.1111/jan.14013>

8. McCauley K, Elsom S, Muir-Cochrane E, Lyneham J. Midwives and assessment of perinatal mental health, 2011. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mdl-21985681>>.

9. Bödecs T, Szilágyi E, Cholnoky P, Sándor J, Gonda X, Rihmer Z, et al. Prevalência e histórico psicossocial de ansiedade e depressão emergentes durante o primeiro trimestre da gravidez: dados de uma amostra populacional da Hungria. *Psychiatr Danub* [Internet]. Dezembro de 2013. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/42927609.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2021.

10. Mohammad KI, Gamble J, Creedy DK. Prevalência e fatores associados ao desenvolvimento de depressão pré e pós-natal em mulheres jordanianas. *Obstetrícia* [Internet]. Dezembro de 2011; [citado em 26 de maio de 2021]; 27 (6): e238-45. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21130548> doi: 10.1016/j.midw.2010.10.008.

11. Myors KA, Johnson M, Cleary M, Schmied V. Engaging women at risk for poor perinatal mental health outcomes: a mixed-methods study. *Int J Ment Health Nurs*; 24(3): 241-52, 2015 jun. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mdl-25521937>>.

12. Noonan M, Galvin R, Doody O, Jomeen J. A qualitative meta-synthesis: public health nurses role in the identification and management of perinatal mental health problems. *J Adv Nurs*; 73(3): 545-557, 2017 Mar. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mdl-27653522>>.

13. Glavin K, Leahy-Warren P. (2013) A depressão pós-natal é um problema de enfermagem de saúde pública: Perspectivas da Noruega e da Irlanda. *Pesquisa e prática de enfermagem* 1-7. Acesso em: 27 mai 2021. <https://doi.org/10.1155/2013/813409>.

14. Giallo R, D'Esposito F, Christensen D, Mensah F, Cooklin A, Wade C et al. (2012). Saúde mental do pai durante o período inicial de criação dos filhos: Resultados de um estudo longitudinal de base populacional australiana. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47 (12) 1907-1916. DOI: 10.1007/s00127-012-0510-0. Acesso em: 27 maio 2021.

15. Howard LM, Ryan EG, Trevillion K, Anderson F, Bick D, Tchou A, et al. Precisão de as perguntas de Whooley e a Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo na identificação de depressão e outros transtornos mentais no início da gravidez. *Br J Psychiatry* 2018; 212: 50- 56. doi: 10.1192/bjp.2017.9. PMID: 29433610; PMCID: PMC6457164 Acesso em: 28 mai 2021.

16. Rollans M, Kohlhoff J, Meade T, Kemp L, Schmied V. Partner involvement: negotiating the presence of partners in psychosocial assessment as conducted by midwives and child and family health nurses. *Infant Ment Health J*; 37(3): 302-12, 2016 05.

Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mdl-27111339>>.

17. Boots family trust, Perinatal Mental Health Experiences of Women and Profissionais de saúde, Londres. October 2013 [citado em 27 de maio de 2021]. Disponível em: <<https://maternalmentalhealthalliance.org/wp-content/uploads/Boots-Family-Trust-Alliance-report.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2021.

18. Phillips L, Thomas D. The first antenatal appointment: An exploratory study of the experiences of women with a diagnosis of mental illness. *Midwifery*; 31(8): 756-64, 2015 Aug. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mdl-25975830>>.
19. Higgins A, Downes C, Monahan M, Gill A, Lamb SA, Carroll M. Barriers to midwives and nurses addressing mental health issues with women during the perinatal period: The Mind Mothers study. *J Clin Nurs*; 27(9-10): 1872-1883, 2018 May. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mdl-29314366>>.
20. Higgins A, Carroll M, Sharek D. Impact of perinatal mental health education on student midwives' knowledge, skills and attitudes: A pre/post evaluation of a module of study. *Nurse Educ Today*; 36: 364-9, 2016 jan. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mdl-26431740>>.
21. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Anexo da resolução COFEN N° 0599/2018. Norma técnica para atuação da equipe de enfermagem em saúde mental e psiquiatria, 2018. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/12/Resolu%C3%A7%C3%A3o-599-2018-ANEXO-APROVA-NORMA-PARA-ATUA%C3%87%C3%83O-DA-EQUIPE-DE-ENFERMAGEM-EM-SA%C3%9ADE-MENTAL-E-PSIQUIATRIA-ARQUIVO-EM-PDF.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2021.
22. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. RESOLUÇÃO COFEN N° 599/2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-599-2018_67820.html. Acesso em: 27 mai. 2021.
23. Wadephul F, Jarrett PM; Jomeen J, Martin CR. A mixed methods review to develop and confirm a framework for assessing midwifery practice in perinatal mental health. *J Adv Nurs*; 74(10): 2258-2272, 2018 oct. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mdl-29989193>>.
24. Hauck Y, Allen S, Ronchi F, Faulkner D, Frayne J, Nguyen T. Pregnancy experiences of Western Australian women attending a specialist childbirth and mental illness antenatal clinic. *Health Care Women Int*; 34(5): 380-94, 2013. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mdl-23550949>>.
25. Phillips L. Assessing the knowledge of perinatal mental illness among student midwives. *Nurse Educ Pract*; 15(6): 463-9, 2015 nov. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mdl-25300675>>.
26. Noonan M, Jomeen J, Galvin R, Doody O. Survey of midwives' perinatal mental health knowledge, confidence, attitudes and learning needs. *Women Birth*; 31(6): e358-e366, 2018 Dec. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mdl-29454664>>.




VOLTAR AO
SUMÁRIO

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA

NURSING DIAGNOSIS IN INTENSIVE CARE UNIT: INTEGRATIVE REVIEW

Bruna Almeida Caldas Barros¹, Giovanna Silva Cabral¹, Gleice Kenia Silva¹, Maisa de Castro Abreu¹, Natália Vieira Araújo Cunha^{1*}.

RESUMO

Introdução: O paciente crítico internado em Unidade de Terapia Intensiva possui especificidades importantes, demandando cuidado sistematizado e científico da equipe, sendo o processo de enfermagem uma importante ferramenta, na qual a etapa de definição dos diagnósticos de enfermagem é fundamental para o resultado, definindo a linha de intervenção dos cuidados de enfermagem, seja tratando problemas existentes ou prevenindo o surgimento de outros. **Objetivo:** O objetivo é descrever os principais diagnósticos de enfermagem utilizados em pacientes adultos em Unidade de Terapia Intensiva. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa, utilizando como critério de inclusão estudos com pacientes internados em UTI adulto e diagnósticos de enfermagem, nos últimos 10 anos. **Resultados:** Em 58 diagnósticos de enfermagem encontrados, o domínio de maior prevalência foi o 11 – Segurança/proteção e o 4 – Atividade/repouso, destes 68,96% são com foco no problema e 31,03% são de risco. O diagnóstico “Risco de integridade da pele prejudicada” foi unânime nos artigos selecionados. O estudo dos diagnósticos de enfermagem auxilia na compreensão e na identificação dos problemas e necessidades dos pacientes críticos, determinando um bom desenvolvimento das intervenções de enfermagem. Ainda que cada organismo seja singular e cada paciente internado na UTI possua especificidades importantes, pode-se observar um padrão de perfil nos pacientes críticos, consequentemente criando um conjunto de diagnósticos habitualmente empregados pela enfermagem no ambiente da UTI. **Conclusão:** A qualidade do processo de enfermagem é definida pela aplicação eficiente de suas etapas, o que requer a qualificação profissional a respeito da utilização da taxonomia NANDA-I.

Palavras-chave: Diagnóstico de Enfermagem; Processo de Enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva

¹ Centro Universitário do Distrito Federal UDF, Departamento de Enfermagem. Brasília, DF

*Autor correspondente: natalia.cunha@udf.edu.br

ABSTRACT

Introduction: The critically ill patient admitted to the Intensive Care Unit has important specificities, requiring systematic and scientific care from the team, and the nursing process is an important tool, in which the definition of nursing diagnoses is fundamental for the result, defining the line of intervention in nursing care, whether treating existing problems or preventing the emergence of others. **Objective:** The objective is to describe the main nursing diagnoses used in adult patients in the Intensive Care Unit. **Methods:** This is an integrative review, using as inclusion criteria studies with patients hospitalized in adult ICUs and nursing diagnoses, in the last 10 years. **Results:** In 58 nursing diagnoses found, the most prevalent domain was 11 – Safety/protection and 4 – Activity/rest, of which 68.96% are focused on the problem and 31.03% are at risk. The diagnosis “Risk of impaired skin integrity” was unanimous in the selected articles. The study of nursing diagnoses helps to understand and identify the problems and needs of critical patients, determining a good development of nursing interventions. Although each organism is unique and each patient admitted to the ICU has important specificities, a profile pattern can be observed in critically ill patients, consequently creating a set of diagnoses commonly used by nursing in the ICU environment. **Conclusion:** The quality of the nursing process is defined by the efficient application of its steps, which requires professional qualification regarding the use of the NANDA-I taxonomy.

Keywords: Nursing Diagnosis; Nursing Process; Intensive Care Units

1. INTRODUÇÃO

A resolução COFEN-358/2009, outorgou como um processo de trabalho privativo do enfermeiro a realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), viabilizando a implementação do Processo de Enfermagem (PE)¹. Wanda A. Horta foi percussora do Processo de Enfermagem no Brasil em 1970. O PE é uma ferramenta que identifica as necessidades que demandarão de cuidados a serem desempenhados aos pacientes, integra cinco etapas: (1) coleta de dados, (2) diagnóstico de enfermagem, (3) resultados esperados, (4) implementação e (5) avaliação de enfermagem.^{2,3}

A SAE, assegura cientificamente a atuação do enfermeiro no âmbito de trabalho, sendo ele hospitalar, ambulatorial, domiciliar ou acadêmico. Podendo exercer sua autonomia e qualidade no cuidado prestado ao paciente. A aplicação da SAE exige conhecimento teórico, competência prática e habilidades interacionistas. Esta implementação se dá através dos diagnósticos de enfermagem, estabelecendo uma mesma linguagem entre os enfermeiros acerca dos cuidados de Enfermagem.²

O diagnóstico de enfermagem é uma forma de expressar as necessidades de cuidados que os enfermeiros identificam naqueles dos quais cuidam. Para a realização dos diagnósticos de enfermagem, utiliza-se a taxonomia NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), a qual está organizada em 234 diagnósticos de enfermagem, agrupados em 13 domínios e 47 classes. Presentemente, é utilizado como um instrumento de trabalho disposto para direcionar e padronizar os diagnósticos de enfermagem.⁴

Os pacientes em tratamento intensivo são instáveis e graves, necessitam com frequência de ventilação mecânica por intubação orotraqueal ou traqueostomia, acesso venoso central, cateterismo vesical de longa permanência, e devem receber monitorização cardíaca, respiratória, infecciosa, continuamente durante todo o período de internação. Esses pacientes, em sua maioria, estão sedados e inconscientes, sendo necessária toda a intervenção ser realizada pela equipe multiprofissional do setor, em especial à equipe de enfermagem, que mantém contato direto e contínuo com o paciente.⁵

Muitas complicações podem ocorrer durante a internação em uma UTI, sendo muito frequente infecções hospitalares, infecção do trato urinário (ITU), lesão renal aguda (LRA) e pneumonia relacionado à ventilação mecânica. O enfermeiro é um profissional capacitado para prevenir e responsável por alguns procedimentos que interferem diretamente no tratamento dessas complicações.⁶ O paciente além de sua fisiopatologia, traz consigo necessidades psicoemocional, em que o enfermeiro deve dar sua atenção, realizando um atendimento humanizado, ao paciente e à sua família.⁵

Pode-se relacionar que o que se conhece hoje como UTI começou com Florence Nightingale, que durante a Guerra da Crimeia, separava os soldados feridos por grau de complexidade, os que estavam em estado mais grave e que precisavam de mais atenção ficavam mais perto do posto de enfermagem, onde ela poderia dar uma maior atenção e cuidado.⁷

O conhecimento sobre o perfil dos pacientes internados na UTI é necessário, visando prestar uma boa assistência, unindo conhecimento teórico-prático com a SAE, aplicando os diagnósticos e as intervenções de enfermagem capazes de contribuir com o tratamento do paciente e resultar em sua melhora. Os pacientes internados em uma UTI demandam um conhecimento aprofundando, especialmente nos efeitos terapêuticos, no prognóstico e os fatores de risco que expõe os pacientes ao desenvolvimento de novas patologias.⁶

O papel do enfermeiro em uma UTI é caracterizado por atividades assistenciais e gerenciais complexas que exigem competência técnica e científica, cuja tomada de decisões e adoção de condutas seguras estão diretamente relacionadas ao prognóstico dos pacientes. O enfermeiro possui responsabilidades, tais como: gerenciamento do cuidado de enfermagem, implementação do cuidado de enfermagem de maior complexidade, tomada de decisão, liderança em enfermagem, comunicação, educação continuada/permanente, gerenciamento de recursos humanos e materiais.⁸

O enfermeiro de uma unidade de terapia intensiva assume a responsabilidade de cuidar do paciente, tanto nos casos de emergência quanto no apoio à vida. Devendo estar apto, independente do diagnóstico ou do contexto clínico, a cuidar de todos os doentes, utilizando-se de uma abordagem ampla que lhes assegure sua estima e integridade, sendo que as exigências da UTI, quanto a uma ampla base de conhecimentos científicos e de especializações, significam que os enfermeiros precisam integrar suas habilidades técnicas e intelectuais à prática diária.⁸

Neste contexto este trabalho tem o objetivo de descrever os principais diagnósticos de enfermagem utilizados em pacientes adultos em Unidade de Terapia Intensiva, evidenciando o perfil do paciente crítico, para auxiliar na aplicação dos diagnósticos de enfermagem.

2. DESENVOLVIMENTO

Tratou-se de uma revisão integrativa da literatura, que é um método de pesquisa que permite realizar análises críticas de pesquisas científicas, publicada a fim de desenvolver o conhecimento técnico-científico. É de extrema importância no âmbito

da enfermagem, permitindo a contemplação de conhecimentos e estudos em diversas disciplinas, assim pode-se epilogar os resultados de pesquisas e direcionar-se no estudo almejado.^{9,10}

Seu processo de elaboração é composto por seis etapas, na qual a primeira etapa é a formação da pergunta norteadora determinando o tema da pesquisa por meio da estratégia PICOS; na segunda etapa utilizam-se as bases de dados para definir o método de busca de artigos científicos e demais estudos com o propósito de estabelecer critérios de inclusão e exclusão; a terceira etapa refere-se a coleta de dados, realizando uma classificação das informações que serão extraídas estudos selecionados; na quarta etapa é feito uma avaliação crítica e minuciosa dos estudos incluídos utilizando critérios de validação para esclarecer o problema questão; na quinta etapa há discussão da interpretação dos resultados da pesquisa baseados em evidências; por fim na sexta etapa é feita apresentação da revisão integrativa.¹¹

Desse modo, a estratégia PICO foi empregue conferindo-se: a P, pacientes com mais de 15 anos de idade; a I, internação em UTI; a C, não foi empregado; e ao O, diagnósticos de enfermagem. Assim, a pergunta norteadora para orientar a busca de evidências foi: “Quais diagnósticos de enfermagem são descritos em paciente adultos internados em Unidade de Terapia Intensiva?”.

Para isso, foi realizada uma busca no período de 24 de março de 2021 à 12 de abril de 2021, nas seguintes bases de dados: Literatura Latino – Americana e o Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Como descritores em Ciências da Saúde (DeCS) indexados foram utilizados: “Diagnóstico de Enfermagem, Processo de Enfermagem, Unidade de Terapia Intensiva” e seus correspondentes em inglês “*Nursing Diagnosis, Nursing Process, Intensive Care Units*” associado ao operador booleano AND.

Os critérios de inclusão foram: estudos com pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva e diagnósticos de enfermagem, acima de 15 anos de idade, publicados nos idiomas português e inglês, disponíveis na íntegra e registrados nas bases de dados de 2011 até março de 2021. Foram excluídos aqueles estudos que não contemplavam a temática diagnósticos de enfermagem e paciente crítico, artigos experimentais, duplicados, editoriais, literatura cinzenta como teses, dissertações e resumos.

A análise e a classificação quanto aos níveis de evidência foi realizada conforme hierarquização dos estudos, sendo eles: Nível I - evidências oriundas de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados (ECR); Nível II - evidências oriundas de ECR bem delineado; Nível III - evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; Nível IV - evidências provenientes de estudos de caso controle e coorte bem delineados; Nível V - evidências originárias de revisão sistemática ou estudos descritivos e qualitativos; Nível VI - evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; e Nível VII - evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.¹²

Para compreensão do resultado, construiu-se um fluxograma (Figura 1) referente a distribuição dos artigos nas bases de dados selecionadas, segundo as recomendações do PRISMA¹³. Além disso, elaborou-se um quadro com a caracterização dos estudos primários (autores, título do artigo, ano de publicação, país de origem, título da revista, nível de evidência) (Quadro 1) e outro com as práticas educativas descritas nos artigos selecionados (Quadro 2).

A busca nas bases de dados resultou em 67 artigos, desse total 11 eram do MEDLINE, 23 da LILACS e 33 da BDEF. Mas 49 artigos foram excluídos por serem duplicados. Após a leitura dos títulos e resumos dos 18 artigos remanescentes e potencialmente relevantes, 8 foram excluídos por não responderem ao objetivo do estudo. Após essa etapa, o quantitativo de artigos restringiu-se a 10, do total. Ainda assim, após leitura completa 4 artigos foram selecionados. Visando melhor compreensão do processo e seleção dos artigos incluídos, elaborou-se um diagrama, conforme Figura 1.

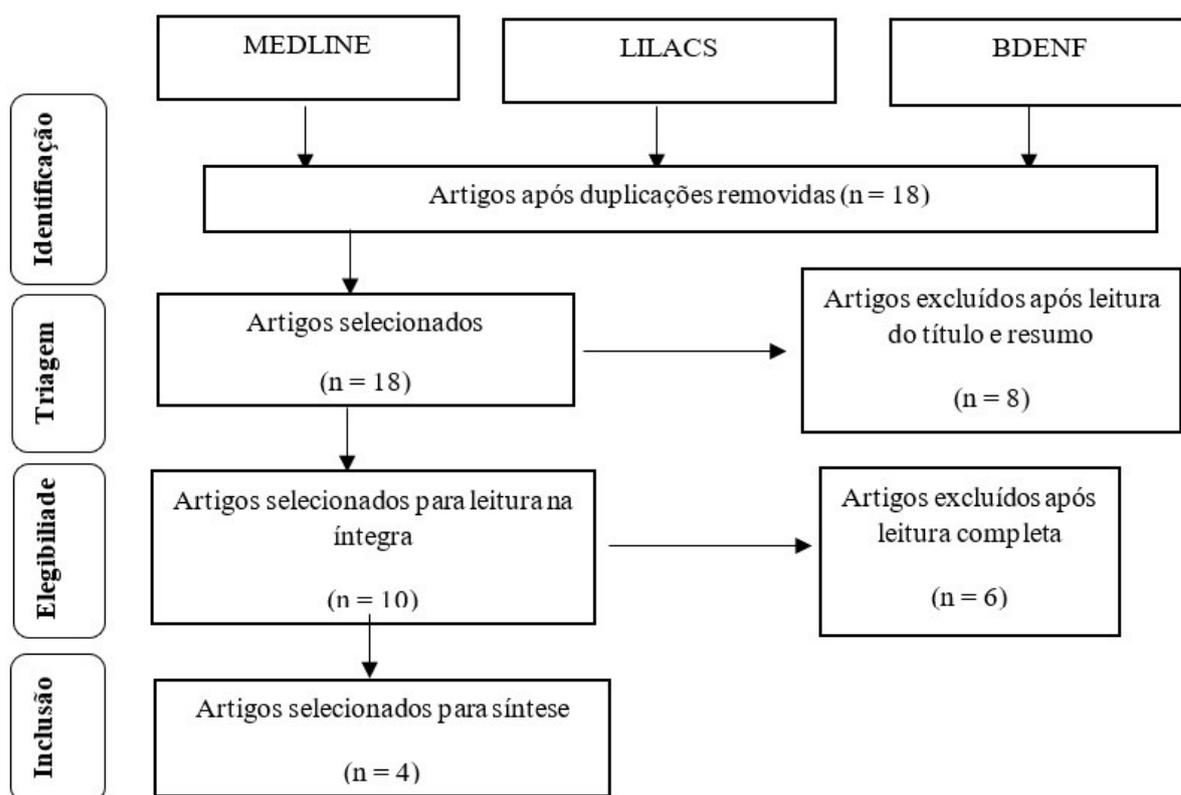


Figura 1: Diagrama de fluxo para seleção dos estudos, 2011-2021.

Os resultados mostraram 4 artigos, todos nacionais (brasileiros). Os artigos foram publicados em 2011, 2015, 2016 e 2017. O nível de evidência VI foi encontrado em 3 artigos e nível de evidência V em 1 artigo.

Quadro 1: Caracterização dos artigos selecionados, 2011-2021.

Nome do autor / Título do artigo	Ano	País de origem	Título da revista	Nível de evidência
SALGADO, Patricia de Oliveira; CHIANCA, Tânia Couto Machado. Identificação e mapeamento dos diagnósticos e ações de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva.	2011	Brasil	Revista Latino – Americana de Enfermagem	VI
LIMA, Ana Paula Souza; CHIANCA, Tânia Couto Machado; TANNURE, Meire Chucre. Avaliação da assistência de enfermagem utilizando indicadores gerados por um software.	2015	Brasil	Revista Latino – Americana de Enfermagem	V
FERREIRA, Anali Martegan. et al. Diagnósticos de Enfermagem em terapia intensiva mapeamento cruzado e Taxonomia da NANDA-I.	2016	Brasil	Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn	VI
CABRAL, Vinícia de Holanda. et al. Prevalência de diagnósticos de enfermagem em unidade de terapia intensiva.	2017	Brasil	Revista Rene	VI

Os artigos apresentaram diferentes metodologias, sendo elas: estudo transversal, descritivo, exploratório descritivo e descritivo documental.

Quadro 2: Descrição das práticas educativas descritas nos artigos 2011-2021.

Autores	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusão
SALGADO, Patricia de Oliveira; CHIANCA, Tânia Couto Machado	Analisar os registros dos diagnósticos e intervenções de enfermagem em prontuários de pacientes internados na UTI de adultos.	Estudo descritivo, desenvolvido em pacientes adultos internados na UTI.	Foram analisados 44 prontuários e identificados 1087 diagnósticos e 2260 intervenções de enfermagem, foram excluídos os repetidos, assim restando 28 diagnósticos e 124 intervenções.	Obteve-se 28 diagnósticos de enfermagem, onde os principais foram risco de infecção, déficit no autocuidado banho/higiene e risco de constipação. E 124 intervenções de enfermagem identificadas e mapeadas, dentre elas, NHB psicobiológicas intervenções utilizando o NIC.
LIMA, Ana Paula Souza; CHIANCA, Tânia Couto Machado; TANNURE, Meire Chucre.	Analisar a eficácia do Processo de Enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva, utilizando indicadores gerados por um software.	Estudo transversal com dados coletados por quatro meses. Foram cadastrados 17 pacientes durante a admissão, utilizando o software. Após a coleta dos dados, calculou-se por meio do software os indicadores de incidência e prevalência de diagnóstico de enfermagem, taxa de efetividade do diagnóstico de risco e prevenção de complicações.	Como resultados, o risco de desequilíbrio na temperatura corporal foi de 23,53% com maior incidência, já o risco de constipação foi de 0% com menor incidência. Risco de integridade da pele prejudicada teve prevalência de 100%, enquanto o risco de confusão aguda teve menor prevalência de 11,76%. A taxa de efetividade nos diagnósticos de risco e prevenção de complicações foi de 100%.	Observou-se a eficácia do processo de enfermagem utilizando indicadores do software, retratando a atuação do enfermeiro na identificação dos riscos afim de planejar cuidados de forma sistematizada.

<p>FERREIRA, Anali Martegan. et al.</p>	<p>Identificar diagnósticos de enfermagem em pacientes hospitalizados em UTI por meio do mapeamento cruzado de termos contidos nas anotações de enfermagem, com a taxonomia da NANDA-I.</p>	<p>Estudo exploratório descritivo utilizando os registros de enfermagem de 256 prontuários de pacientes hospitalizados na UTI.</p>	<p>Identificaram-se 832 termos e expressões que se referiam a 52 diferentes diagnósticos em nove dos 13 domínios da Taxonomia da NANDA-I.</p>	<p>O estudo permitiu a identificação de diagnósticos de enfermagem presentes em pacientes hospitalizados na UTI, ocasionando em implicações para gestão do cuidado de enfermagem, processo de formação de especialistas na área e sistemas de informação.</p>
<p>CABRAL, Vinícia de Holanda. et al.</p>	<p>Identificar os principais diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia NANDA II</p>	<p>Estudo descritivo e documental.</p>	<p>Foram analisados 69 prontuários, sendo 33 do sexo feminino e 31 do sexo masculino. Encontrou-se 22 diagnósticos divididos em dois domínios, diagnóstico de risco (maior prevalência de diagnósticos) e diagnósticos de foco no problema (menor prevalência).</p>	<p>Foram analisados e achados 22 diagnósticos de enfermagem para pacientes críticos internados na Unidade de Terapia Intensiva. Pode-se identificar os principais diagnósticos como: risco de infecção, risco da integridade da pele e risco de aspiração.</p>

Segue os diagnósticos encontrados, de acordo com a frequência em que os mesmos apareceram nos artigos, identificados por domínio e classe, conforme Gráfico 1.

QUANTIDADE DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADO POR DOMÍNIO E QUANTIDADE DE ARTIGOS

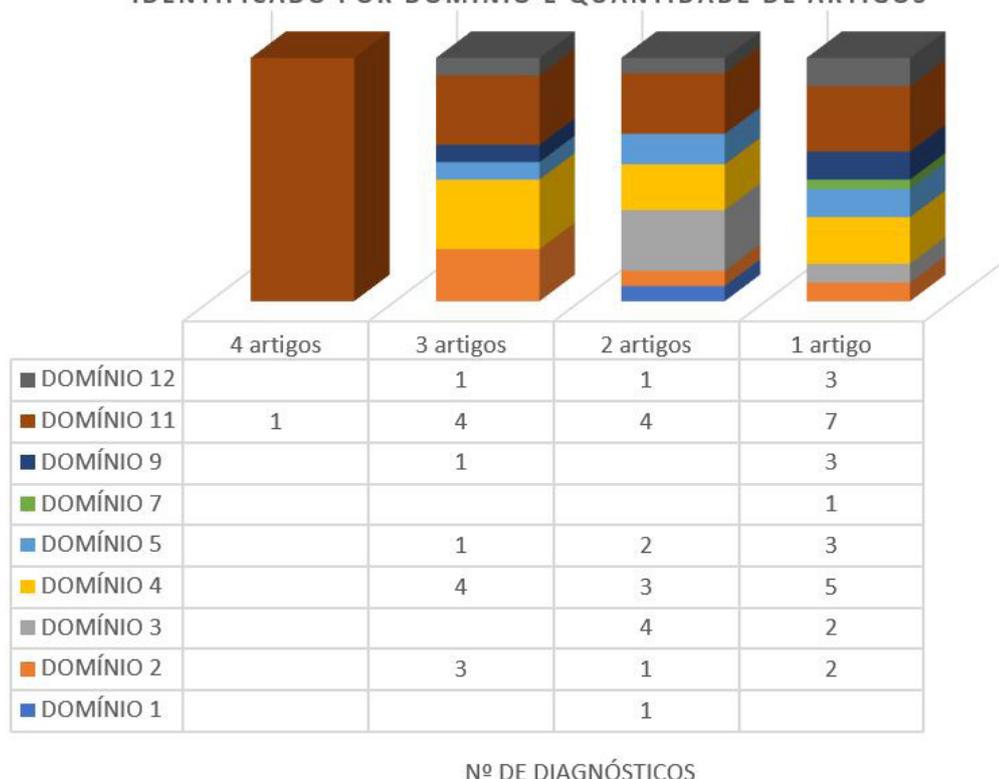


Gráfico 1: Demonstrativo dos diagnósticos de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva por domínio da taxonomia II NANDA-I 2018-2020 de acordo com o quantitativo dos artigos selecionados.

O presente estudo propôs evidenciar os principais diagnósticos de enfermagem prevalentes na UTI adulto. Por meio da análise dos artigos selecionados foram identificados 58 diagnósticos de enfermagem, sendo 9 domínios distintos; os domínios de maior prevalência foram o 11 (Segurança/proteção) e o 4 (Atividade/repouso), os de menor prevalência são o 1 (Promoção da saúde), o 7 (Papeis e relacionamentos) e o 9 (Enfrentamento/tolerância ao estresse) com quatro diagnósticos, como mostra o Gráfico.

Dos diagnósticos encontrados, 40 (68,96%) são com foco no problema e 18 (31,03%) são de risco. Segundo NANDA 2018-2020, os diagnósticos com foco no problema correspondem a uma resposta humana indesejável existente, e os de risco são relacionados à suscetibilidade para o desenvolvimento, sendo assim, os diagnósticos com foco no problema são mais evidentes em UTI, pois o cuidado é centralizado na recuperação de uma condição de saúde, porém existe a preocupação quanto à prevenção de novos problemas.

O diagnóstico de “Risco de integridade da pele prejudicada” do domínio 11 teve maior prevalência entre os achados, sendo o único presente em todos os artigos deste estudo. Muitos são os fatores que contribuem para que este diagnóstico esteja sempre presente no âmbito da UTI, como por exemplo, pacientes em sedação contínua,

imobilidade e restrição ao leito, utilização de fraldas, além de diversos procedimentos onde há exposição ao risco de lesões. O domínio 4, que apresentou também maior prevalência, evidenciou 4 diagnósticos, sendo: “Mobilidade física prejudicada”, “Mobilidade no leito prejudicada”, “Débito cardíaco diminuído” e “Padrão respiratório ineficaz”.

Mediante análise dos dados, foi constatado que o domínio 11 é predominante nos artigos e que, embora com alta prevalência, o diagnóstico de “Risco de integridade da pele prejudicada” não é unânime a todos os pacientes, demonstrando que os diagnósticos de enfermagem são diretamente influenciados pelo tempo de espera pela vaga e pelo estado geral em que os pacientes são admitidos em cada unidade de UTI, onde muitas vezes o diagnóstico de “integridade da pele prejudicada” (diagnóstico com foco no problema) já está definido.

Segundo estudo realizado no Brasil, os diagnósticos de maior prevalência encontrados na análise dos prontuários são: “Deficit no autocuidado para banho/higiene” - domínio 4; “Risco de constipação” - domínio 3; e “Risco de infecção” - domínio 11; que correspondem a 100% da população investigada. Esses diagnósticos estão relacionados, respectivamente, à incapacidade de realizar o autocuidado, pouca mobilidade gastrointestinal e ao uso de dispositivos instalados e procedimentos realizados¹⁴

Segundo estudo realizado por pesquisadores brasileiros, os diagnósticos de enfermagem de maior incidência foram o “Risco de termorregulação ineficaz” e “Risco de integridade da pele prejudicada” com o percentual de 23,53% e 11,76%. Em relação a prevalência, o diagnóstico de “Risco de integridade da pele prejudicada” foi prevalente em 100% dos pacientes, seguido do “Risco de termorregulação ineficaz” prevalentes em 88,23%, e o de menor prevalência foi o “Risco de confusão aguda” sendo visto em apenas 11,76%. Os diagnósticos de risco com maior efetividade foram: “Risco de constipação” e “Risco de integridade da pele prejudicada”, pois todos os pacientes que chegaram a desenvolver constipação e lesão por pressão foi previamente identificado a suscetibilidade¹⁵

No estudo realizado por pesquisadores brasileiros, o diagnóstico de maior prevalência encontrado na análise dos prontuários pertence ao domínio 12, identificado por “Dor Aguda”, correspondendo a uma prevalência de 57,25%, seguido do “Risco de infecção” - domínio 11, prevalente em 47,45% dos prontuários analisados. O relato verbal para identificação “dor” é o método principal para a identificação, pode ser espontânea ou solicitada, e referir-se a aspectos sensoriais, emocionais ou cognitivos para caracterizar a dor.¹⁶

Segundo estudo desenvolvido no Brasil, o diagnóstico de maior prevalência é classificado como diagnóstico de risco, e é identificado por “Risco de infecção”, correspondendo a uma prevalência de 99% da população investigada. Sendo assim, é evidente a preocupação com os problemas em potencial ao paciente grave. O estabelecimento do diagnóstico de “Risco de infecção” está intrinsecamente ligado aos tipos

de dispositivos instalados no paciente e tipos de procedimentos aos quais é submetido, e a identificação é devida a sensibilização dos enfermeiros quanto às situações de risco ao paciente.^{17,18}

Achados semelhantes foram encontrados em um estudo brasileiro, na qual foi observado que o diagnóstico de enfermagem Risco de infecção, também do domínio 11, foi prevalente nos resultados, tendo como fatores predisponentes a utilização de dispositivos médicos, procedimentos e tempo de internação. Outros diagnósticos foram identificados, sendo eles: Ansiedade, Deglutição prejudicada, Mobilidade física prejudicada, Dor crônica, Padrão respiratório ineficaz, Deficit no autocuidado, Processos familiares interrompidos e Integridade da pele prejudicada.¹⁹

As limitações identificadas nesta revisão se devem à escassez de artigos científicos atualizados e que estejam de acordo com os critérios de inclusão para servir de objeto de estudo sobre os diagnósticos de enfermagem evidenciados na UTI adulto, além dos artigos selecionados utilizarem como fonte de pesquisa o NANDA de edições anteriores (2012-2014/2015-2017), onde foram evidenciados diagnósticos de enfermagem que não estão mais disponíveis na versão mais recente (2018-2020), são eles: “Nutrição desequilibrada: maior que as necessidades corporais”, “Risco de desequilíbrio na temperatura corporal”, “Percepção sensorial perturbada” e “Risco de perfusão gastrointestinal ineficaz”, “Perfusão tissular renal ineficaz” e por isso foram retirados dos resultados, assim como artigos científicos encontrados que evidenciaram diagnósticos de enfermagem em UTI para pacientes com patologias específicas (cardiopatias, nefropatias, neonatal/pediatria). As dificuldades encontradas para implantação dos diagnósticos de enfermagem dentro da UTI são muitas, desde o dimensionamento da equipe, até a falta recursos materiais, sendo necessário incentivo por partes dos gestores para que novas publicações surjam, trazendo mais conteúdo.²⁰

O correto estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem é fundamental para o raciocínio clínico e científico da enfermagem, e sua aplicação efetiva apresenta maior qualidade na assistência dentro das Unidades de Terapia Intensiva. A definição dos diagnósticos de enfermagem é uma etapa importante dentro do processo de enfermagem, possibilitando a base para escolha da intervenção de enfermagem e seus devidos resultados, porém há deficiência no domínio por boa parte dos enfermeiros.²¹

3. CONCLUSÕES

Este estudo permitiu descrever os diagnósticos de enfermagem mais frequentes na Unidade de Terapia Intensiva. O desenvolvimento dos diagnósticos é individual, porém foi encontrado um padrão no perfil dos pacientes críticos, seus diagnósticos

reais e a identificação dos problemas potenciais. Após a análise dos 4 artigos, foram encontrados 58 diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, com 9 domínios distintos. Os domínios 11 (Segurança/proteção) e o 4 (Atividade/repouso) foram os mais prevalentes; entre eles, o diagnóstico “Risco de integridade da pele prejudicada” do domínio 11 (Segurança/proteção) foi o mais prevalente, sendo o único encontrado nos 4 artigos analisados.

O estudo dos Diagnósticos de enfermagem evidentes em pacientes críticos nas Unidades de Terapia Intensiva ajuda a delinear o perfil dos pacientes, identificando melhor os problemas e as necessidades destes, o que influencia diretamente na assistência prestada e auxilia na determinação das possíveis intervenções de enfermagem e, conseqüentemente, nos resultados esperados. A qualidade na utilização do processo de enfermagem está associada à formação da equipe de enfermagem, e é necessário investir na qualificação dos profissionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 358, de 15 outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos ou privados. Brasília (DF), 2009 [acesso 21 de novembro de 2020]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html.
2. Dotto JI, Backes DS, Dalcin CB. Sistematização da assistência de enfermagem: ordem, desordem ou (re)organização? Revista de Enfermagem UFPE Online. Recife, out. 2017; 11(10):3821-3829 [acesso em 21 de novembro de 2020]. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/25235/24301>.
3. Silva JP, Garanhani, ML, Peres AM. Sistematização da Assistência de Enfermagem na graduação: um olhar sob o Pensamento Complexo. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Londrina (PR), jan-fev 2015; 23(1):59-66 [acesso em 24 de novembro de 2020] Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0096.2525>.
4. Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação 2018-2020. 11 ed. Porto Alegre (RS), Artmed, 2018.
5. Santos BC, Brisileiro MSE. Utilização do Processo de Enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva: Revisão Integrativa da Literatura. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. 9. ed. [S.l.] 2017; 3(2):88-103. ISSN:2448-0959.

6. Favarin S, Camponogara S. Perfil dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário. *Revista de Enfermagem da UFSM Online*. Santa Maria (RS), mai-ago 2012; 2(2):320-329 [acesso em 21 de novembro de 2020]. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/5178>.
7. Medeiros ABA, Enders BC, Lira ALBC. Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: Uma Análise Crítica. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. Natal (RN), 2015; 19(3):518-524 [acesso em 17 de maio de 2021]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0518.pdf>.
8. Camelo SHH. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto (SP), 2012; 20(1):192-200 [acesso em 22 de novembro de 2020]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692012000100025&lng=en&nrm=iso.
9. Soares CB. et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo (SP), 2014; 48(2): 335-345 [acesso em 10 de março de 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623421400002000020>.
10. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Revista Einstein*. São Paulo (SP), 2010; 8(1):102-106 [acesso em 10 de março de 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>.
11. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*. Florianópolis (SC), 2008; 17(4):758-764 [acesso em 10 de março de 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.
12. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice*. 2. ed. [S.l.]. Lippincott Williams & Wilkins, 2011.p.3-24.
13. Galvão TF, Pansani TSA, Harrad D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*. Brasília (DF), 2015; 24(2):335-342 [acesso em 22 de março de 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S16-49742015000200017>.
14. Salgado PO, Chianca TCM. Identificação e mapeamento dos diagnósticos e ações de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Belo Horizonte (MG), 2011; 19(4):928-935 [acesso em 6 de abril de 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-1169201100040001>.

15. Lima APS, Chianca TCM, Tannure MC. Avaliação da assistência de enfermagem utilizando indicadores gerados por um software. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Minas Gerais (MG), 2015; 23(2):234-241 [acesso em 6 de abril de 2021]. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n2/pt_0104-1169-rlae-23-02-00234.pdf.
16. Ferreira AM. et al. Diagnósticos de enfermagem em terapia intensiva: mapeamento cruzado e Taxonomia da NANDA-I. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília (DF), 2016; 69(2):307-315 [acesso em 6 de abril de 2021]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690214i>.
17. Cabral VH. et al. Prevalência de diagnósticos de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Revista Rene*. Ceará (CE), 2017; 18(1):84-90 [acesso em 6 de abril de 2021]. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/18900/29627>.
18. Almeida DV. et al. Diagnósticos de enfermagem mais frequentes em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana. *Arquivos Médicos dos Hospitais e Faculdade de Ciências Médicas Santa Casa de São Paulo*. São Paulo (SP), 2013; 58(2):64-69 [acesso em 19 de maio de 2021]. Disponível em: <http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/225/255>.
19. Martins CP. et al. Diagnósticos de enfermagem em UTI: Uma revisão integrativa. *Revista de Atenção à Saúde*. São Caetano do Sul (SP), 2018; 16(57):74-86 [acesso em 10 de maio 2021]. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/5124/pdf.
20. Paganin A. et al. Implantação do diagnóstico de enfermagem em unidade de terapia intensiva: uma análise periódica. *Revista Gaúcha Enfermagem*. Porto Alegre (RS), 2010; 31(2):307-313 [acesso em 10 de maio de 2021]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000200015>.
21. Moraes LB. et al. Implicações para o processo de enfermagem na unidade de terapia intensiva. *Biológicas & Saúde*. Campos dos Goytacazes (RJ), 2015; 19(5):35-52 [acesso em 25 de maio de 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.25242/88685192015884>.



PREVALÊNCIA SOBRE A VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER: REVISÃO INTEGRATIVA

PREVALENCE OF SEXUAL VIOLENCE AGAINST WOMEN: INTEGRATIVE REVIEW

Karinny de Sousa Rodrigues¹, Renata de Sousa Ferreira¹, Cleudineia Neres Correa¹, Guilherme da Costa Brasil^{1*}

RESUMO

Trata-se de uma revisão integrativa que teve como objetivos estudar o padrão da prevalência de mulheres vítimas de violência sexual e, principais características de seus agressores e fatores que os levam a praticar a agressão. Foram realizadas pesquisas bibliográficas em bases de dados, retirada as referências duplicadas e realizada leitura para seleção para critérios da pesquisa. Na estratégia de busca foram utilizados os seguintes descritores MeSH e DeCS: “women's health”, “women”, “sex offenses”, “sexual violence”, “delitos sexuais” e “prevalence”. Foram identificados 8 estudos que abordavam o tema escolhido. As vítimas dos estudos eram mulheres de diversas idades, classes sociais e culturais. Em relação ao agressor, há estudos que o trazem como sendo um desconhecido, como também sendo da família da vítima. Nas referências estudadas as mulheres vítimas da violência sexual tem uma maior vulnerabilidade, podendo ter depressão ou outras doenças psicológicas devido ao trauma passado. Ressalta-se a importância da análise de fatores de vulnerabilidades que levam essas vítimas a serem agredidas e contribuir para um melhor atendimento e abordagem dessa mulher no momento que ela denuncia esse agressor e busca ajuda.

Palavras-chave: Violência sexual. Prevalência. Mulher

¹Centro Universitário do Distrito Federal UDF, Departamento de Enfermagem, Brasília, DF

*Autor correspondente: guilherme.brasil@udf.edu.br

ABSTRACT

It is an integrative review that aimed to study the prevalence of women victims of sexual violence and the main characteristics of their aggressors and factors that lead them to practice aggression. Bibliographic searches were carried out in databases, duplicate references were removed and reading was carried out to select the search criteria. In the search strategy, the following MeSH and DeCS descriptors were used: "women's health", "women", "sex offenses", "sexual violence", "sexual crimes" and "prevalence". Eight studies were identified that addressed the chosen theme. The victims of the studies were women of different ages, social and cultural backgrounds. Regarding the aggressor, there are studies that show that he is a stranger, as well as being from the victim's family. In the references studied, women victims of sexual violence start to acquire greater vulnerability, and may have depression or other psychological illnesses due to past trauma. The importance of the analysis of factors that lead these victims to be attacked and to contribute to a better care and approach of this woman at the moment she denounces this aggressor and seeks help is emphasized.

Keywords: Sexual violence. Prevalence. Woman

1. INTRODUÇÃO

A violência sexual é um problema que ocorre de forma universal, sem restrição de gêneros, idade ou classe social, considerada qualquer ato sexual tentado e sem consentimento da vítima, seja ele intimatório (uso de armas, força, psicológico ou armas) ou coercitivo e considerado uma violência sexual. Atos considerados como penetração forçada e assédios sexuais como ato ou investidas indesejadas são vistas como violência (BAIGORRIA, 2017). A violência sexual é considerada um problema de saúde pública e uma violação dos direitos humanos e conforme a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) configura-se como violência doméstica contra a mulher “[...] qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial.”

Para as vítimas de violência, as consequências podem ser físicas, emocionais, podendo ter traumas ou algum outro fator psicológico (FACURI, 2013). A violência muitas vezes começa dentro da própria casa, e assim se torna importante identificar os fatores desencadeantes do aumento da prevalência nas agressões e abordagem adequada e segura da vítima para oferta de cuidados necessários, seja de prevenção e promoção de saúde, psicológicos ou até mesmo uma medida de segurança do seu agressor (BAIGORRIA, et. Al, 2017).

Nos últimos anos ocorreu importantes marcos de violência sexual às mulheres em relação à prevalência, e um dos pontos preocupantes dessa alta prevalência é a forma na qual essas mulheres encontram dificuldades em fazer a denúncia e tornar público o seu agressor por razões como medo, e isso também caracteriza uma maior dificuldade ao ajudar essa vítima na promoção e prevenção de saúde (SANTOS, 2020). Conforme dados, cerca de 35% das mulheres já foram vítimas de violência sexual, sendo o agressor desconhecido ou até mesmo seu companheiro íntimo. Muitas dessas violências ocorrem dentro da própria família da vítima, assim não há conhecimento público, já que é criada uma barreira e há presença do medo da denúncia (OMS, 2012).

De acordo com dados do DATASUS de 2018, foram registrados 41.985 casos de violência sexual. Nessa revisão integrativa será abordado sobre a prevalência de mulheres vítimas de violência sexual, seja ela originária por companheiros íntimos ou por desconhecidos. O objetivo do estudo é avaliar a prevalência, identificar os fatores que mais indicam a forma que os agressores abordam sua vítima, praticam as agressões.

2. METODOLOGIA

Esta é uma revisão integrativa, onde foi realizada as seguintes etapas: elaboração da questão norteadora onde foi utilizado a estratégia PICO com a seguinte pergunta: “Qual a prevalência de mulheres vítimas a violência sexual?”, levantamento de pesquisa, busca de literatura, avaliação de critérios de inclusão e exclusão dos artigos na revisão e interpretação dos resultados.

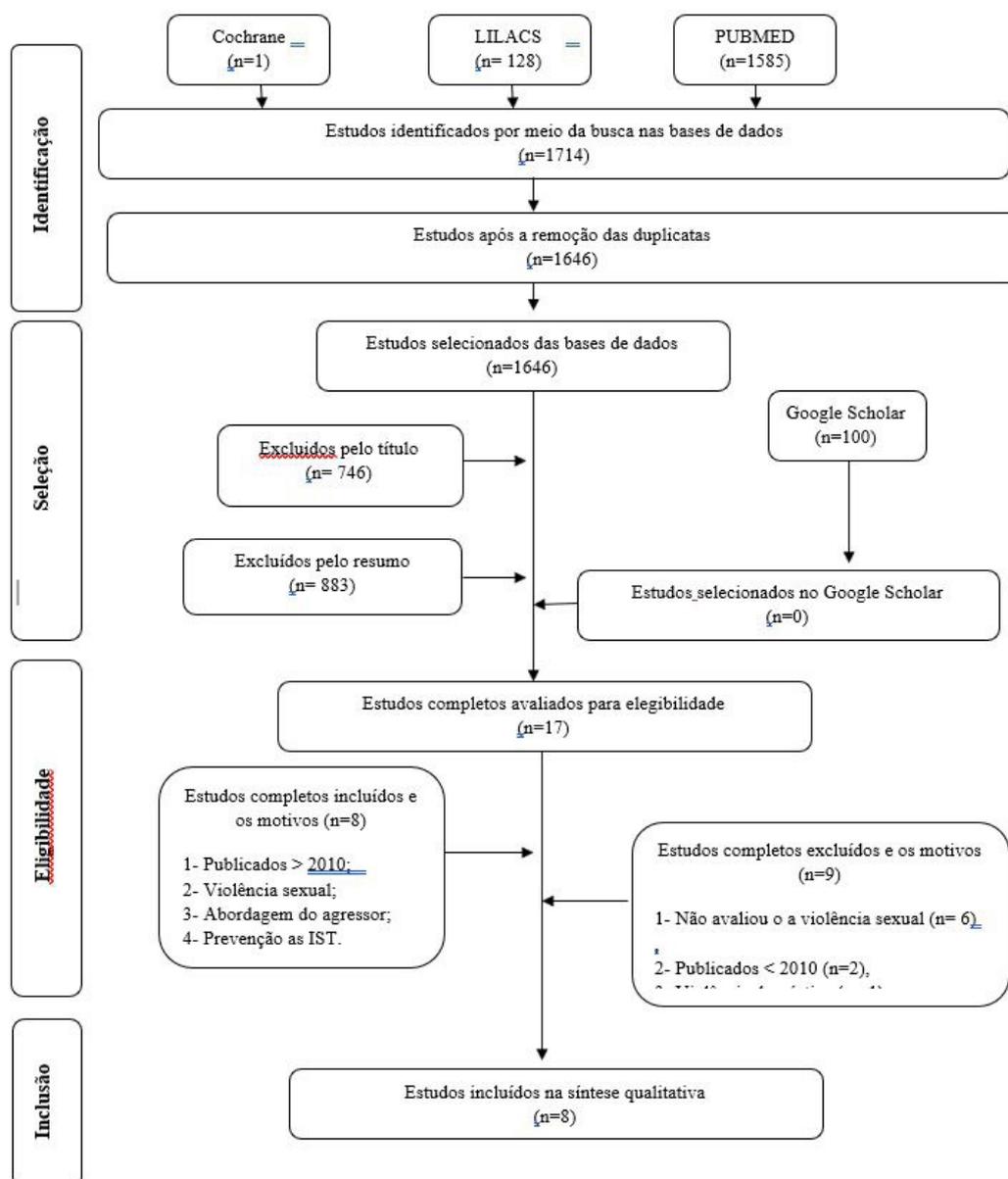
As pesquisas bibliográficas foram feitas nas bases de dados Pubmed/Medline, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Cochrane Library e a busca na literatura cinzenta em Google Scholar em setembro de 2020. Na estratégia de busca foram utilizados os seguintes descritores MeSH e DeCS e palavras-chave tanto português e inglês: “women'shealth”, “women”, “sex offenses”, “sexual violence”, “delitos sexuais” e “prevalence” e os operadores booleanos “AND” e “OR”. Além das pesquisas manuais, a lista de referências dos artigos selecionados foi revisada para identificar outros artigos potencialmente qualificados. A estratégia de busca está descrita na tabela 1.

Tabela 1. Estratégias de busca nas bases eletrônicas de dados.

Database	Palavras-chave
PubMed (24 de Setembro, 2020)	((Women's Health) OR (Women)) AND (Sex Offenses) AND (Prevalence)
LILACS (24 de Setembro, 2020)	(tw:(mulheres OR mujeres OR women)) AND (tw:(delitossexuais OR delitossexuales OR sex offenses)) AND (tw:(prevalência OR prevalencia OR prevalence))
Cochrane Library (24 de Setembro, 2020)	(“Women” OR “Women's Health”) AND (“Sex Offenses” OR “Sexual violence”) AND (“Prevalence”)
Google Scholar (24 de Setembro, 2020)	(“Women's Health” “Women” “Sex Offenses” “Sexual violence” “Prevalence”)

As referências duplicadas foram retiradas no programa gerenciador de referência EndNote Web (Thomson Reuters). As revisões sistemáticas Rayyan foi utilizado para fazer a leitura de títulos e resumos dos artigos extraídos da busca inicial segundo os critérios de elegibilidade que foram incluídos publicados depois de 2010, abordaram a violência sexual, descreveu a forma como o agressor aborda a sua vítima e prevenção depois que sofrem a violência sexual contra doenças sexualmente transmissível (IST) . A seleção do estudo foi realizada em duas etapas: na primeira etapa, avalia-se o título e o resumo, e na segunda etapa, foi realizada a leitura do texto completo. Os estudos excluídos com razões: não avaliou a violência sexual (n= 6), publicados < 2010 (n= 2) e avaliava somente a violência doméstica (n= 1).

As informações de inclusões dos artigos foram extraídas e organizadas em uma planilha, que registra as características gerais do artigo, informações e fatores relacionados à violência sexual contra a mulher. A figura 1 mostra o processo de busca e seleção.



3. RESULTADOS

Todos os estudos são originários do Brasil, sendo 2014 e 2017 com 25% na pesquisa, e os demais artigos dos anos de 2020 (12,5%), 2013(12,5%), 2012(12,5, %) e 2010 (12,5, %). As áreas de conhecimento foram enfermagem (n= 3; 37,5%), medicina (n= 2; 25%), psicologia (n= 2; 25%) e saúde coletiva (n=1; 12,5%).

Tabela 1. Caracterização dos artigos selecionados para análise segundo ano, autor, país, número de participantes autores e objetivo(s), 2020

Ano, Autor, País	N	Objetivo do Estudo	Área	Principais Conclusões
2013, Facuri et al., Brasil	687	Avaliar se houve mudanças ao longo do período estudado no que tange à busca precoce de atendimento após a violência sexual e à taxa de realização de boletim de ocorrência foi realizada uma análise agrupando o período em dois biênios.	Medicina	Os dados podem contribuir para a ampliação de políticas de atenção às mulheres vítimas de violência sexual e auxiliar na otimização do cuidado e minimização do sofrimento ocasionado por este evento.
2014, Scarpati, et al., Brasil	200	Validar a Illinois Rape Myth Acceptance Scale (IRMA), verificar uma possível associação com o nível de desejabilidade social dos participantes e diferenças com relação ao gênero e à religião	Psicologia	As médias não necessariamente indicam um nível baixo de aceitação dos mitos de estupro, mas apenas uma tendência atual dos participantes a responder de forma politicamente correta a itens com conteúdo explícito.

Ano, Autor, País	N	Objetivo do Estudo	Área	Principais Conclusões
2017, Delzivo et al., - Brasil	59	Objetivo descrever as características dos casos de violência sexual perpetrada contra mulheres, notificados por profissionais de saúde nos anos de 2008 a 2013, em Santa Catarina.	Saúde Coletiva	Entre os pontos fortes deste trabalho está a relevância das informações sobre a violência sofrida por adolescentes e mulheres adultas, com base no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de abrangência estadual, permitindo o reconhecimento das agressões, das características das vítimas e do perfil do agressor, estratificando-se as informações por faixa etária.
2012, Drezett et al., - Brasil	213	Aprimoramento dos procedimentos técnicos e sensibilidade dos exames, o objetivo é oferecer acolhimento apropriado para as mulheres e crianças.	Psicologia	Descrever a experiência de um serviço de referência para atendimento de pessoas em situação de violência, com ênfase na organização das ações e papel dos profissionais de psicologia na atenção interdisciplinar.
2010, Barros et al., - Brasil	2780	Analisar a associação entre a violência por parceiro íntimo contra mulheres e a infecção ou suspeita de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).	Medicina	As mulheres portadoras do vírus HIV ou que estão com suspeita de infecção são vítimas de violência sexual. A revelação do diagnóstico de sorologia positiva aos seus parceiros deixa essas mulheres mais vulneráveis a violência física.

Ano, Autor, País	N	Objetivo do Estudo	Área	Principais Conclusões
2020, Santos et al., Brasil	938	Estimar a prevalência e os fatores associados à violência praticada por parceiro íntimo ao longo da vida entre as usuárias da Atenção Primária.	Enfermagem	A violência sexual é um problema mundial, e está baseado nas relações desiguais de poder, ou seja, constitui um tipo de violência motivada pela condição desigual de sexo, a qual começa no universo familiar.
2014, Amarijo et al., Brasil	39	Conhecer o perfil das vítimas, agressores e caracterizar a violência sexual registrada na delegacia para mulheres.	Enfermagem	O perfil das vítimas demonstrou a prevalência da violência sexual entre mulheres jovens, brancas e com baixo nível de escolaridade. Os homens que cometem crimes sexuais constituem um grupo muito heterogêneo, variando desde pessoas condenadas por um único episódio de crime sexual, até estupradores em série e homicidas sexuais. Na presente pesquisa, 46,1% dos agressores possuíam antecedentes criminais.
2017, Baigorria, Brasil	15	Identificar na literatura a prevalência e fatores associados à Violência Sexual (VS) contra as mulheres adolescentes e adultas.	Enfermagem	A violência sexual em países como África e Ásia apresentam nas pesquisas maior prevalência do que na Europa e Brasil. As prevalências de VS cometida por parceiro íntimo foram maiores quando comparada a agressores conhecidos e desconhecidos. Na Ásia, a prevalência de VS perpetrada pelo parceiro entre adolescentes foi maior que nas adultas, já na Europa ocorreu o oposto.

4. DISCUSSÃO

Os estudos que são feitos sobre violência sexual têm uma grande importância para a sociedade, com isso pode-se criar formas de promoção e prevenção da violência. A violência sexual é um problema de saúde pública, pois muitas mulheres e adolescentes já tiveram alguma ocorrência de violência sexual, sendo vítimas de desconhecidos ou por agressores do seu próprio convívio. Os dados revelam que a idade das vítimas varia de 18 a 68 anos, segundo Amarijo (2014) 41% das mulheres de 20 a 29 anos sofreram a violência e 25,6% entre as mulheres de 30 a 40 anos, sendo registrados 53,9% por agressores desconhecidos.

Os fatores sócios demográficos no estudo de Amarijo (2014) apontam que os agressores já possuem um perfil da vítima, sendo elas adolescentes ou mulheres brancas, que na maioria das vezes são solteiras, sem filhos, que estão retornando para o lar ou indo para o trabalho, na maioria dos casos o infrator vem observando a rotina da vítima para poder abordá-la e cometer o delito. Quando a agressão vem de um desconhecido esses agressores utilizam arma de fogo ou arma branca na intimidação da vítima. O estudo de Delziovo (2017) teve como prevalência de 34,8% dos casos ocorrendo no período da noite e 33% na madrugada, sendo que 80% fazem o uso de agressões para cometer o delito.

A violência sexual ocorre também no ambiente familiar, porém são subnotificados, já que as mulheres que possuem companheiros íntimos não reconhecem que o sexo forçado também é caracterizado como uma violência sexual. Esses agressores fazem uso da força física, do estado emocional e mental da vítima, sendo que em sua grande maioria quando praticam a violência estão sob uso de álcool ou drogas ilícitas (SANTOS, et. al, 2020).

A prevalência de violência sexual apresentada pelos estudos tem uma variação considerável entre os países. No estudo realizado por Baigorria (2017) foi registrado menor coeficiente nos Estados Unidos com 1,6% e 3,5%, no Brasil a prevalência foi de 41% e registrada a maior prevalência em Zimbabue com 92%.

No estudo de Santos (2020) onde foi registrada a prevalência de 57,6% por parceiros íntimo ao longo da vida que fizeram uso da violência psicológica pra cometer a violência sexual. No estudo de Delziovo (2017) a prevalência registrada em adolescentes foi de 10 a 14 anos com 51%, de 15 a 19 anos com 29,5% e em adultas de 27,5%.

As mulheres que sofrem a violência sexual precisam de um atendimento imediato, para múltiplas condições clínicas, como proteção de uma gravidez indesejada, uso de profiláticos contra IST (infecções sexualmente transmissíveis), apoio psicológico e social. O estudo de Delziovo (2017) aponta que 59,9% das mulheres tiveram a agressão com penetração vaginal e 21,2% sofreram outras penetrações durante o delito. As

agressões trazem o risco de adquirir uma infecção sexualmente transmissível (IST), incluindo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e hepatite viral. No estudo realizado por Barros (2010), apenas as mulheres que sofrem o delito sexual por estranhos com penetração são contempladas pela prática preventiva, e as mulheres que sofrem o delito pelos parceiros íntimos, deveriam também a passar a ser um alvo nos cuidados preventivos.

O estudo de Scarpati (2014) traz que existem mitos sobre a violência sexual, no estudo foram abordados que é responsabilidade da mulher a violência sofrida, e a minimização da gravidade da violência, que os agressores colocam a culpa na mulher acusando por falsas alegações de estupro e que as mulheres estimulam os instintos masculino. Através desse estudo levantando é possível descrever a experiência levantada por profissionais de psicologia de como a sociedade olha para essas mulheres. No estudo de Drezett (2012) é avaliada a forma de como essas mulheres são acolhidas e de como é feita a oferta ao exame de corpo de delito, se é possível ocorrer dentro do mesmo espaço, procedimento médicos legais, sendo eles atendimento de urgência, fundamentais para a lesão física e intervir nos riscos de gravidez indesejada e IST's.

5. CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou que a prevalência de mulheres que sofrem a violência sexual é alta. A prevalência foi variável entre os estudos, trazendo uma dificuldade de obter dados congruentes para a sumarização. A fonte da violência foi detectável principalmente pelos seus parceiros íntimos, pois o fato de estar com seu companheiro a vítima sente que é de seu dever ceder, mesmo não possuindo desejo naquele momento. Os estudos elucidam que a agressão não é denunciado pela vítima agredida, pois é intimidada ou sente envergonhada e medo diante da situação.

Os agressores traçam um perfil na hora de realizar a abordagem da sua vítima e como local escolhem ruas desertas, lugares abandonados e horários de menor movimento. A agressão ocorre na maioria das vezes quando o agressor está alcoolizado ou sob efeito de outras drogas.

Compreende-se nesta revisão que as mulheres vítimas de violência sexual possuem uma maior vulnerabilidade, podem ter pânico, depressão ou outro tipo de alteração. No momento, vítimas de seus parceiros não são vistas como alvo de violência sexual e não possuem assistência como as vítimas de pessoas desconhecidas. Para estudos futuros são importantes aborda sob a assistência para mulheres que sofrem a violência de seu parceiro íntimo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARIJO, CRISTIANE LOPES et al. Fatores Associados á violência sexual contra mulheres: análise de ocorrências policiais. *Cogitare Enfermagem*, [S.l.], v. 19, n. 4, dec. 2014. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/37649>>. Acesso em: 20 de nov. 2020.

BAIGORRIA, J. et al. Prevalência e fatores associados da violência sexual contra a mulher: revisão sistemática. *Revista de Salud Pública* [online]. 2017, v. 19, n. 6, pp. 818-826. Disponível em: <<https://doi.org/10.15446/rsap.V19n6.65499>>. Acesso em: 20 de nov. 2020.

BARROS, C.; SCHRAIBER, L.B.F.J.. Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2011, vol.45, n.2, pp.365-372. Epub Feb 18, 2011. ISSN 0034-8910. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000008>>. Acesso em: 20 de nov. 2020.

DELZIOVO, C.R.; BOLSONI, C.C.; NAZARIO, N.O.C.; SELMA, B.E. Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2017, vol.33, n.6, e00002716. Epub July 13, 2017. ISSN 1678-4464. <<https://doi.org/10.1590/0102-311x00002716>>. Acesso em: 20 de nov. 2020.

DREZETT, J.; PEDROSO, D.; MEIRELLES, A.C.; GBRIN, L.H. A clínica em situações de abuso sexual: aspectos conceituais e atuação interdisciplinar - Clinic in situations of sexual abuse: conceptual aspects and interdisciplinary work - *Mundo saúde* (1995);36(2): 346-350, abr.- jun. 2012. graf. Disponível: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/clinica_situacoes_abuso_sexual_aspectos.pdf>. Acesso em: 20 de nov. 2020.

FACURI, C.O. et al. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2013, vol.29, n.5, pp.889-898. ISSN 0102-311X. <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500008>>. Acesso em: 20 de nov. 2020.

SANTOS, I.B. et al. Violência contra a mulher na vida: estudo entre usuárias da Atenção Primária. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2020, vol.25, n.5, pp.1935-1946. Epub May 08, 2020. ISSN 1678-4561. <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020255.19752018>>. Acesso em: 20 de nov. 2020.

SCARPATI, A.S.; GUERRA, V.N.; DUARTE, C.N.B.. Adaptação da Escala de Aceitação dos Mitos de Estupro: evidências de validade. *Aval. psicol.* [online]. 2014, vol.13, n.1, pp. 57-65. ISSN 2175-3431. Disponível: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v13n1/v13n1a08.pdf>>. Acesso em: 20 de nov. 2020.




VOLTAR AO
SUMÁRIO

AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA NA REGIÃO DO DISTRITO FEDERAL-DF NO PERÍODO DE 2009 A 2019

EPIDEMIOLOGICAL EVALUATION OF GESTATIONAL AND CONGENITAL SYPHILIS IN THE REGION OF THE FEDERAL DISTRICT-DF IN THE PERIOD FROM 2009 TO 2019

Ana Paula Batista Pereira¹, Débora Carla da Silva Amaral¹,
Patrícia de Aguiar Oliveira¹, Andreanne Gomes Vasconcelos^{1*}

RESUMO

A sífilis ainda é considerada um importante problema de saúde pública e se tornou um desafio sua erradicação e controle. É uma doença infectocontagiosa transmitida através da relação sexual, responsável pela infecção de milhares de homens, mulheres e conseqüentemente crianças todos os anos. Em mulheres grávidas que adquiriram a doença, a transmissão para o feto pode ocorrer pela via transplacentária ou através das secreções cérvico-vaginais e sangue materno na hora do parto podendo ocasionar vários problemas para a criança, inclusive o óbito. O objetivo deste trabalho foi descrever o perfil epidemiológico da sífilis gestacional e sífilis congênita no Distrito Federal-DF no período de 2009 a 2019. Foram coletados e abordados dados disponíveis no Departamento de Informática do SUS (DATASUS) sobre gestantes e crianças com diagnósticos positivos para sífilis. No Distrito Federal, entre o período de 2009 a 2018 foi observado um progressivo aumento no número de casos da doença. Esse resultado pode ser ocasionado pela falta de conhecimento e orientação, gestantes que negligenciam o pré-natal, assim como grávidas e parceiros que não aderiram ao tratamento ou o realizaram de forma incompleta ou incorreta, enfatizando a necessidade de políticas públicas que alcancem a todos

Palavras-chave: Sífilis. Doença infecciosa. Saúde Pública

¹Centro Universitário do Distrito Federal UDF, Brasília, DF

*Autor correspondente: andreanne.vasconcelos@udf.edu.br

ABSTRACT

Syphilis is still considered an important public health problem and its eradication and control has become a challenge. It is an infectious disease transmitted through sexual intercourse, responsible for the infection of thousands of men, women and consequently children every year. In pregnant women who acquired the disease, transmission to the fetus can occur via the transplacental route or through cervical-vaginal secretions and maternal blood at the time of delivery, which can cause various problems for the child, including death. The objective of this work was to describe the epidemiological profile of gestational syphilis and congenital syphilis in the Federal District-DF in the period from 2009 to 2019. Data were collected and addressed available at the SUS Computer Department (DATASUS) on pregnant women and children with positive diagnoses for syphilis. In the Federal District, between 2009 and 2018, a progressive increase in the number of cases of the disease was observed. This result can be caused by the lack of knowledge and guidance, pregnant women who neglect prenatal care, as well as pregnant women and partners who did not adhere to the treatment or performed it incompletely or incorrectly, emphasizing the need for public policies that reach everyone.

Keywords: Syphilis. Infectious disease. Public health

1. INTRODUÇÃO

De acordo com o a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998), as doenças sexualmente transmissíveis, dentre elas a sífilis, são um problema de saúde pública onde milhões de pessoas todos os anos são infectadas (1).

A Sífilis é uma doença infectocontagiosa que foi identificada há aproximadamente 114 anos, pelo zoologista Fritz Schaudinn e pelo médico dermatologista Paul Erich Hoffman, sendo os primeiros a observarem o agente etiológico denominado *Treponema pallidum*. A descoberta possibilitou o desenvolvimento de medidas terapêuticas e métodos de diagnósticos nos anos seguintes (2).

A taxa de transmissão vertical da sífilis, nas fases primárias e secundárias da doença, é de 70% a 100% nas gestantes que não recebem tratamento e/ou são tratadas inadequadamente, com redução nas fases latente e tardia. A infecção pela *T. pallidum* pode desencadear aborto espontâneo, malformações congênitas, natimorte ou morte perinatal em cerca de 40% das crianças infectadas (3,4).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que, no mundo, ocorram anualmente cerca de 12 milhões de novos casos de sífilis, ressaltando que destes, 1,5 a 1,85 milhões dos registros encontrados são de gestantes, e que 50% delas têm filhos com resultados adversos devido às consequências da doença (5).

O Brasil apresentou um aumento na taxa de incidência de sífilis gestacional e congênita, no período de 2010 a 2016, na qual a sífilis gestacional passou de 3,5 para 12,4 casos a cada mil nascidos vivos, e a sífilis congênita aumentou de 2,4 para 6,8 casos por mil nascidos vivos, um aumento de aproximadamente três vezes no número de casos (1).

As Manifestações clínicas são variadas e complexas e são divididas em estágios que passam por período de incubação: sífilis primária, secundária, latente e terciária (6). A sífilis primária é caracterizada pelo aparecimento de úlcera indolor (cancro) no local de inoculação do agente, após período de incubação de em média 15 a 20 dias. Com o decorrer dos dias acontecerá à cicatrização espontânea do cancro, podendo ser considerada pelo paciente como cura. Contudo, as bactérias se disseminam via corrente sanguínea, atingindo vários sistemas (6).

As lesões cutâneas da fase secundária aparecem em média oito semanas após o desaparecimento do cancro e são as características principais desse estágio. Entre as manifestações clínicas mais comuns estão: febre, alopecia, cefaleia, erupções cutâneas, que acometem principalmente o tronco, palma das mãos e planta dos pés, hepatoesplenomegalia, glomerulonefrite, artralgia, anorexia, prurido, entre outras (7).

Os sintomas das fases primária e secundária regridem espontaneamente, mesmo sem tratamento, e as lesões da fase terciária ou latente podem surgir após décadas. Os sintomas mais comuns são: neurosífilis, psicose, aortite, paresia, acidente vascular cerebral ou meningite (6).

Grávidas apresentam os mesmos estágios da sífilis adquirida e, quando o *T. pallidum* é transmitido ao feto por via transplacentária, em qualquer período da gestação ou através das secreções cérvico-vaginais e sangue materno na hora do parto, assim como na amamentação, caracteriza a sífilis congênita. Podem ocorrer lesões em diversos órgãos do neonato ou resultar ainda em aborto ou natimorto (8).

Aproximadamente 50% das gestantes não tratadas ou inadequadamente tratadas podem transmitir a doença ao feto, resultando em morte fetal ou neonatal, prematuridade, baixo peso ao nascer ou infecção congênita (9). O tratamento priorizado pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde é o uso da penicilina. No período gestacional a penicilina G é a única medicação eficaz contra a transmissão vertical, sendo capaz de atravessar a barreira transplacentária (10).

A notificação da sífilis congênita ao Ministério da Saúde é obrigatória desde 1986, assim como, da sífilis gestacional desde 2005, tanto pelo número de casos, como por suas complicações. Os profissionais de saúde devem estar aptos a reconhecer as manifestações clínicas da doença, assim como, na interpretação e nos resultados dos exames laboratoriais que são fundamentais no controle da infecção (11).

Nesse contexto, o objetivo deste trabalho foi descrever o perfil epidemiológico da sífilis gestacional e sífilis congênita no Distrito Federal no período de 2009 a 2019.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo transversal, realizado a partir de dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), disponível no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), tabulados pelo TABNET, referentes aos casos de sífilis gestacional e congênita notificados no Distrito Federal entre os anos de 2009 a 2019.

Os critérios de inclusão foram: dados com número de casos em gestantes segundo sua faixa etária, idade gestacional e escolaridade. Os dados foram coletados em agosto de 2020. Em relação à sífilis congênita foram selecionados o número de casos segundo a idade da criança, realização do pré-natal, diagnóstico final (sífilis congênita recente, tardia, aborto ou natimorto) e tratamento da gestante e do parceiro. Os dados foram tabelados usando software Microsoft Excel para construção dos gráficos.

Foram realizados levantamentos nos periódicos e artigos científicos publicados entre os anos de 2009- 2019, retirados das bases de busca *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), revistas e jornais de saúde, Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, que continham informações semelhantes, com objetivo de discutir as principais características.

3. RESULTADOS

Em 2009 foram notificados 76 casos de sífilis gestacional (SG) e 68 de sífilis congênita (SC), sendo que 2018 foi considerado o ano com maior número de casos, sendo notificados 539 gestantes com sífilis e 385 crianças com a doença (Figura 1A). Houve também uma queda em 2019 e desde 2014 o número de gestantes com sífilis ultrapassou o de SC. Em relação à faixa etária das gestantes, é possível notar uma elevada prevalência entre as mulheres de 20 a 29 anos, porém há um aumento crescente ao longo dos anos até 2018 entre as gestantes de 15 a 19 anos e também entre as mulheres de 30 a 39 anos (Figura 2B).

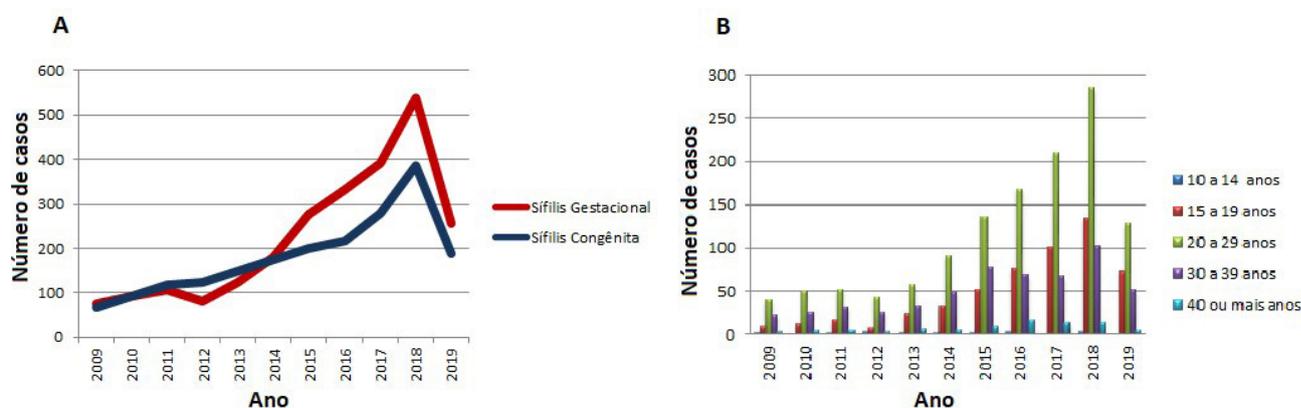


Figura 1. Número de casos de sífilis gestacional e sífilis congênita no Distrito Federal-DF no período de 2009 a 2019 (A) e número de casos de sífilis gestacional segundo a faixa etária das gestantes (B). Fonte: Autoria própria, 2020.

De 2009 (ano com menor incidência) até 2013, pode-se observar que a maioria das mulheres tiveram diagnósticos positivos no 2º trimestre de gestação. É notório também um crescente aumento de diagnósticos realizados no 1º trimestre (período gestacional ideal para descoberta da infecção) até o ano de 2018. Contudo em 2019 o número de diagnósticos no 3º trimestre é maior (Figura 2A).

Na figura 2B é possível notar que considerando a escolaridade das gestantes, o maior número de casos ocorre no grupo de escolaridade ignorada (n=1.041). Porém os outros dados demonstram que, as gestantes com menor número de casos possuem nível superior completo (n=35) e com maior possuem entre 5ª a 8ª série incompletos (n=331) seguido pelo nível médio completo (n=349).

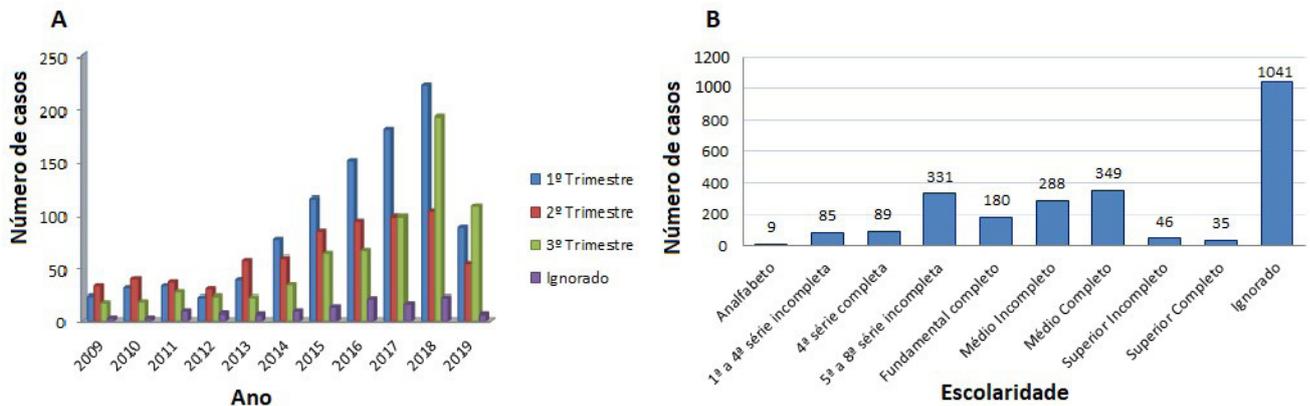


Figura 2. Número de casos de sífilis gestacional segundo a idade gestacional (A) e número de casos de sífilis gestacional segundo a escolaridade das gestantes (B) no Distrito Federal-DF no período de 2009 a 2019. Fonte: Autoria própria, 2020.

No que diz respeito à sífilis congênita considerando o diagnóstico por idade da criança (Figura 3A), 99% dos infectados eram menores do que sete dias de vida. Sendo que, em 2009 foram notificados 67 casos e em 2018 (ano de maior índice) 380 casos. Observa-se uma redução em 2019. O diagnóstico final é muito importante para saber a extensão dos danos causados a essas crianças e pode ser classificado em recente, tardia, natimorto e aborto (Figura 3B). A maioria dos casos de sífilis congênita recebeu diagnóstico recente. Em 2018 foram registrados 28 abortos por sífilis congênita e seis nascidos mortos (Figura 3B).

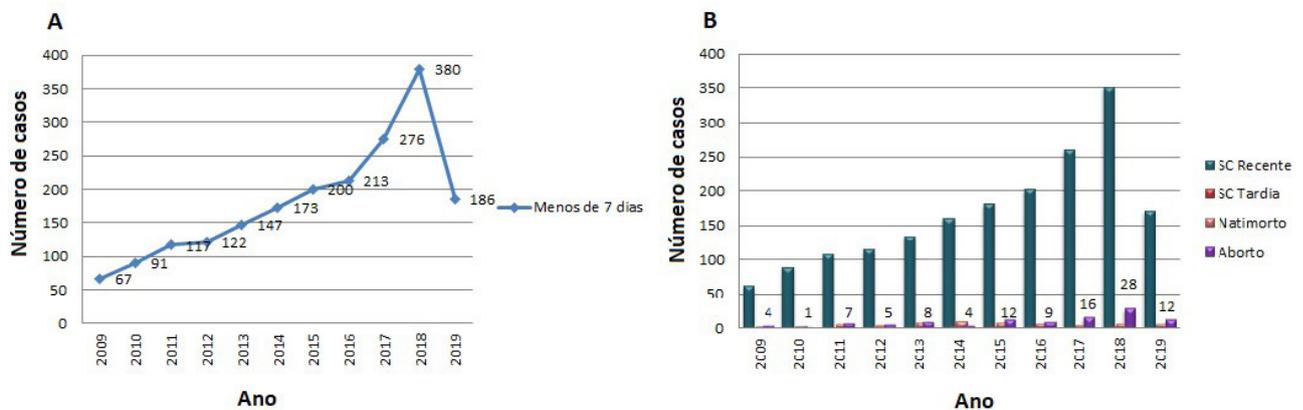


Figura 3. Número de casos de sífilis congênita por ano de diagnóstico em crianças menores de sete dias (A) e número de casos de sífilis congênita segundo diagnóstico final (B), no Distrito Federal-DF no período de 2009 a 2019. Fonte: Autoria própria, 2020

Entre os anos de 2009 e 2013 observou-se que o índice de crianças diagnosticadas e as gestantes que realizaram o pré-natal são aproximados. Já em 2014 o número de casos de crianças diagnosticadas começa a ser cada vez maior em relação ao acompanhamento materno. Em 2018 de 539 gestantes com o diagnóstico positivo apenas 323 foram acompanhadas pelo sistema de saúde (Figura 4A).

O tratamento da gestante e do parceiro é de extrema importância para que se evite a infecção do feto e a reinfecção materna, acarretando a infecção da criança. Os dados apontam que o índice de mães e parceiros não tratados é similar o de crianças com a doença (Figura 4B). Em 2019 como nos demais dados coletados há diminuição desses números.

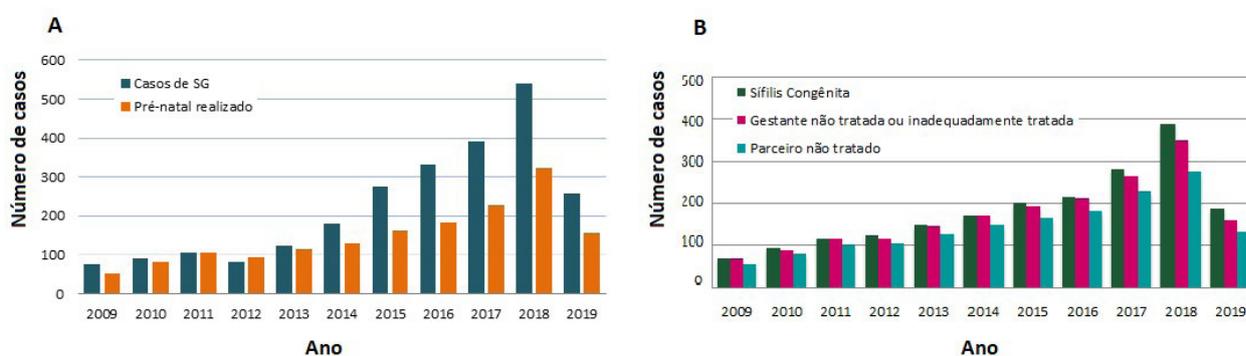


Figura 4. Número de casos de sífilis gestacional relacionados à realização do pré-natal por ano de diagnóstico (A) e número de casos relacionados à realização inadequada do tratamento das gestantes e parceiros (B), no Distrito Federal-DF no período de 2009 a 2019. Fonte: Autoria própria, 2020.

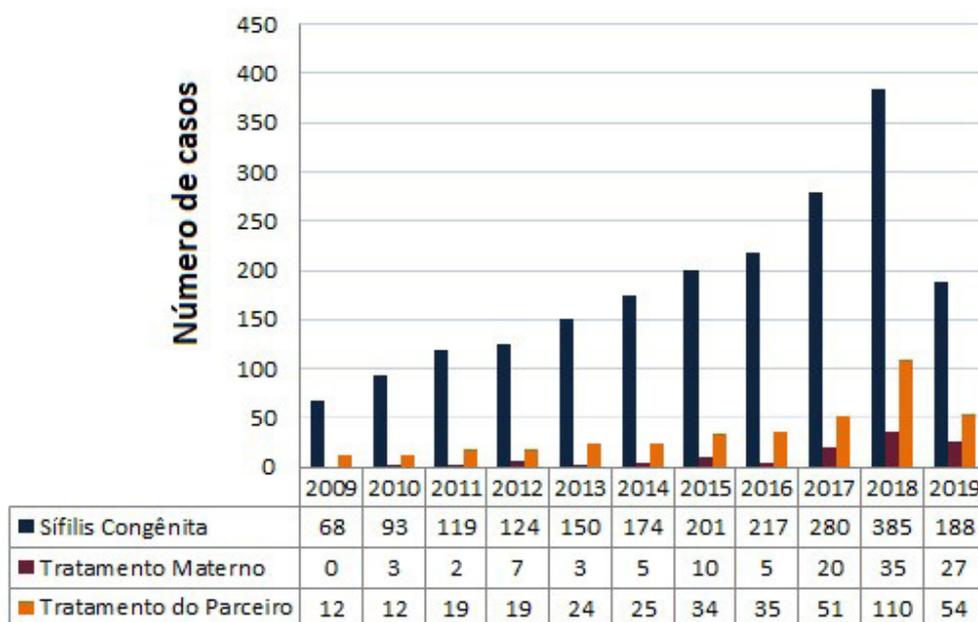


Figura 5. Número de casos relacionados ao tratamento das gestantes e parceiros no Distrito Federal-DF no período de 2009 a 2019. Fonte: Autoria própria, 2020.

4. DISCUSSÃO

Os dados epidemiológicos apresentados demonstram um aumento no número de casos de sífilis gestacional e sífilis congênita no Distrito Federal no período de 2009 a 2019. De acordo com o Ministério da Saúde o aumento de casos pode ser influenciado pela dificuldade em obter acesso aos serviços de saúde, principalmente as populações mais vulneráveis, limitações no tratamento e diagnóstico. A falta de conhecimento geral e também da necessidade do tratamento completo são realidades muito presentes e que contribuem para o aumento de casos (12).

Os dados apresentados apontam também uma diminuição de casos no ano de 2019, que podem estar diretamente relacionados com a última atualização que foi realizada em junho de 2019, sendo que novos dados ainda não foram inseridos até o momento da pesquisa, também podendo ser associada à criação da Campanha “Teste, Trate e Cure” do Ministério da Saúde com a parceria da Universidade do Rio Grande do Norte.

A campanha teve início no dia 22 de novembro de 2018 e tem como objetivo incentivar gestantes e profissionais de saúde a ampliar seu conhecimento sobre a prevenção, o diagnóstico e tratamento da sífilis, além da adesão a assistência básica. Essa e outras campanhas são realizadas no Distrito Federal e no país, contudo, como aponta Saraceni (2005) (13), não é possível determinar a eficácia das mesmas, pois não há relato de avaliações a respeito da efetividade e demais dados importantes tornando impossível a determinação da eficácia e a relação dos dados coletados com as campanhas realizadas.

A faixa etária das mulheres acometidas pela infecção é importante para determinar qual o estilo e perfil de vida dessas gestantes. Diversos autores, como Domingues (2013) (14), Silva (2019) (15) e Nonato (2015) (16) apresentam que o maior número de casos é de gestantes entre 20 a 29 anos, sendo a fase da vida em que as mulheres mais engravidam atualmente.

O crescimento de casos em jovens de 15 a 19 anos é apontado pelo Ministério da Saúde como a fase de descoberta da vida sexual e de outras que facilitam a entrada das doenças sexualmente transmissíveis. Desde 2014 foi demonstrado também um crescente aumento de grávidas entre 30 a 39 anos que pode ser relacionado ao fato de que muitas mulheres nos dias atuais priorizam outras fases de suas vidas, como estudos, trabalhos e projetos pessoais, sendo a gravidez uma realização mais distante (15).

A partir de 2014 a maioria das mulheres receberam diagnósticos no período ideal, contudo é notório o aumento crescente em diagnósticos no 3º trimestre. Assintomáticas, muitas grávidas acabam recebendo o diagnóstico apenas no 3º trimestre, quando de fato a infecção é detectada. O momento ideal para o diagnóstico é durante

o primeiro trimestre de gestação (17). Desse modo, com o intuito de descobrir precocemente a infecção é oferecido o *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL), teste não-treponêmico, o qual detecta anticorpos dirigidos para combater antígenos das células do infectado que foram danificadas pela infecção. O teste é totalmente gratuito e disposto em unidades básicas de saúde, realizado através de análise sanguínea, pode levar de 10 a 45 dias para ser confirmada a infecção, sendo que um VDRL negativo não confirma ausência da doença (17).

Dessa forma, as gestantes devem ser sujeitas a outros testes treponêmicos (detectam anticorpos que são direcionados aos antígenos do *T pallidum*) ao longo da gestação para a confirmação da infecção ou cura da doença. Em relação à utilização os testes treponêmicos são mais específicos por fazerem a pesquisa direcionada à bactéria, contudo o Ministério da Saúde opta por utilizar o VDRL (não-treponêmico) por seu baixo custo e fácil acesso (7).

A baixa escolaridade é considerada um desafio para a saúde pública por ser um marcador de risco para as infecções, entende-se dessa forma que, mulheres com maior nível escolar são menos acometidas pela infecção, podendo ser relacionado com o acesso à informação, além de maior compreensão quanto à complexidade dos sintomas e estágios da doença.

No Distrito Federal, o maior número de casos é verificado em mulheres que não completaram o ensino fundamental e ensino médio completo e incompleto. Dados semelhantes foram apresentados também por autores de outras regiões como Domingues (2013) (14) e Silva (2019) (15), considerando que os casos ignorados podem estar associados ao não preenchimento completo das fichas em unidades de saúde por falta de instruções e de educação adequada. Outros estudos mostram que, há mais casos em mulheres com estudo inferior a sete e oito anos comparados às com maior nível escolar (16,18).

Muitas pessoas param de estudar ou se afastam dos estudos quando iniciam a vida sexual ou se envolvem com a criminalidade e drogas. Como abordado também no Boletim Epidemiológico de Sífilis de agosto de 2018 (12), as localidades do DF com maior número de casos são as que tiveram aumento de criminalidade, violência e abuso drogas ao longo dos anos (Ceilândia, Santa Maria, Samambaia, Taguatinga, Planaltina).

O grau de escolaridade é importante para determinar o entendimento e compreensão da doença, assim como do pré-natal e tratamento adequado. É necessário maior conscientização da doença nos ambientes de saúde. A realização de campanhas eficazes que expressem que o tratamento é possível, desde que a gestante faça adesão. Segundo Domingues (2013) (14), são necessárias mudanças no comportamento da mulher e parceiro, assim como tratamento adequado e acompanhamento para o controle de cura. Dessa forma é importante que as pessoas entendam o que é a sífilis e como se tratar e principalmente prevenir a infecção.

O Ministério da Saúde prioriza que mulheres em período gestacional façam teste para diagnóstico da doença durante a gestação e no momento do parto, também todo recém-nascido com mãe reagente na gestação ou parto, assim como os que apresentam suspeita clínica. O maior número de casos de sífilis congênita foi em menores de 07 dias de vida, o que caracteriza como sífilis recente (SC). Essa informação mostra que, a triagem do recém-nascido têm sido eficiente, pois as crianças que foram infectadas receberam diagnóstico em sua fase recente, contudo isso ainda não traz motivos de comemoração, sendo que, em 2018 foram notificados 28 abortos e 6 natimortos (17).

A sífilis congênita é uma condição evitável desde que a gestante seja diagnosticada e tratada adequadamente. Se compararmos os dados coletados com o que Campos (2011) (19) apresenta, é possível perceber que a qualidade do atendimento oferecido é insatisfatório, sendo necessário à utilização de marcadores da qualidade de atendimento, assim como planejamento e gestão da assistência prestada. Dessa forma, outras realidades precisam ser estudadas como a assistência pré-natal e o tratamento de gestantes e parceiros, para que se entenda o real motivo por trás desse aumento de casos de SC (14).

Através dos dados epidemiológicos é possível observar que desde 2009 cada vez mais gestantes tem buscado realizar o pré-natal, entretanto de acordo com os mesmos dados, desde 2014 nem se aproximam o número de crianças infectadas em comparação com as mães que tiveram assistência gestacional.

O pré-natal é um direito básico de toda gestante, assim como dever do estado dar assistência a essas mulheres. Assim, com o intuito de melhorar a assistência prestada às gestantes foi criada em 2013 a Rede Cegonha um programa do Sistema Único de Saúde (SUS), que ainda em 2020 está em implantação (20). O objetivo do programa é oferecer atendimento de qualidade e melhorado durante a gestação, parto e pós-parto, assim como aos recém-nascidos e crianças até dois anos de idade. Essa implantação visa oferecer a todas as mulheres a realização de todos os exames necessários, inclusive uma ultrassonografia, assim como a melhor preparação dos profissionais para atendê-las tornando cada vez mais humanizado o atendimento oferecido.

Apesar da criação do programa e de maior investimento no departamento de obstetrícia há ainda má qualidade no atendimento pré-natal, mesmo com número correto de consultas registradas no cartão gestacional, além de profissionais inaptos e negligências, que podem explicar os números apresentados, assim como, baixa cobertura de atendimento em algumas regiões do Distrito Federal, sendo que há lugares que carecem de atenção básica em saúde. E principalmente o desconhecimento da infecção, ressaltando que a maioria das mulheres não apresentam sintomas, fazendo com que se abstenham da assistência necessária (21). Dessa forma, espera-se que num futuro breve o programa seja um sucesso, diminuindo assim o distanciamento entre gestantes e atendimento básico.

O Ministério da Saúde padronizou como tratamento de sífilis gestacional o uso de Penicilina, por ser capaz de atravessar a barreira transplacentária e evitar a sífilis congênita. Gestantes que apresentam alergia podem ser tratadas unicamente com Estearato de Eritromicina, sendo que qualquer tratamento que não seja com Penicilina na dose e recomendação correta é visto como inadequado pelo MS.

Como apresentado anteriormente, um elevado número de gestantes não aderiu ao tratamento ou tiveram tratamento inadequado com o uso de qualquer medicamento que não tenha sido a penicilina (17). Se compararmos o tratamento de gestantes e parceiros, houve maior número de parceiros tratados, lembrando que homens são sintomáticos e a maioria das mulheres assintomáticas, não tendo assim conhecimento da infecção presente. Dessa forma, é possível que esses tenham recorrido ao sistema de saúde para tratamento devido os sintomas da infecção.

5. CONCLUSÃO

Sendo a sífilis uma patologia antiga em comparação com outras infecções sexualmente transmissíveis já deveria ter sido erradicada ou pelo menos não ser uma doença tão presente na população nacional. Em relação a outros estados do país os números apresentados são menores, porém quando se trata de saúde pública e principalmente do fato de tantas crianças infectadas, abortos e nascidos mortos os casos do Distrito Federal são altos e estão em uma crescente subida, com exceção do último ano relatado, que podem ser por falta de atualização dos dados.

Este estudo abordou os casos de sífilis gestacional e congênita, sendo o segundo resultado de falhas na assistência básica de saúde. Há uma necessidade de apresentar a patologia às comunidades, assim como reforçar em ambientes de saúde a necessidade de prevenção em todas as formas da doença, lembrando sempre que muitas pessoas desconhecem a infecção. Com linguagem clara e acessível a todas as pessoas, através de um meio de divulgação como as mídias sociais, que possuem rápido alcance de disseminação, sendo que atualmente a maioria das pessoas tem acesso. O reforço das campanhas em locais de saúde e maior qualificação dos atendentes.

Os profissionais de saúde também precisam estar aptos para reconhecer os sintomas, assim como para o aconselhamento de mulheres e parceiros, mesmo quando não há sinais de infecção. Prevenção, sintomas, possibilidade de reinfecção, transmissão vertical, diagnóstico e também o tratamento, precisam ser domínio dos que atendem nesses ambientes.

Diante de tantas crianças infectadas a erradicação da doença está um pouco distante. A SC é associada à ausência de aconselhamento, falta de tratamento da

gestante e parceiro ou tratamento inadequado, assim como de todos os problemas para disponibilidade do tratamento correto aos doentes. Isso deve ser uma prioridade. Sendo o único medicamento realmente eficaz contra a infecção medidas precisam ser tomadas para garantir que todos que necessitam tenham acesso garantido a ele.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL M da S Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis [Internet]. 2017 [citado 26 de agosto de 2020]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017>
2. Souza EM de. Há 100 anos, a descoberta do *Treponema pallidum*. An Bras Dermatol. 2005;80(5):547–8.
3. Soares L, Zarpellon B, Soares L, Baratieri T, Lentsck M, Mazza V. Sífilis gestacional e congênita: características maternas, neonatais e desfecho dos casos. Rev Bras Saude Mater Infant. 2017;17(4):781–9.
4. Carvalho I, Brito R. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007–2010. Epidemiol Serv Saúde. 2014;23(2):287–94.
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis) [Internet]. 2016. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/syphilis-treatment-guidelines/en/>
6. Kalinin Y. Sífilis: aspectos clínicos, transmissão, manifestações orais, diagnóstico e tratamento. Odonto. 2016;23(45–46):65–76.
7. Nascimento LF de A. Atenção Farmacêutica na Sífilis [Internet] [Monografia (Farmácia)]. [Juiz de Fora]: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA; 2018 [citado 29 de julho de 2020]. Disponível em: <https://www.ufjf.br/farmacia/files/2015/04/TCC-Luis-Felipe-de-Ara%C3%BAjo-Nascimento.pdf>
8. Magalhães DM dos S, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon I de MP. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. Comun Em Ciênc Saúde. 2011;43–54.
9. Errante PR. Sífilis congênita e sífilis na gestação, revisão de literatura. UNILUS Ensino E Pesqui. 2016;13(31):120–6.

10. Newman L, Kamb M, Hawkes S, Gomez G, Say L, Seuc A, et al. Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. *PLoS Med.* 2013;10(2):e1001396.
11. BRASIL M da SaúdeS de V em S. Boletim Epidemiológico: Sífilis [Internet]. 2019 [citado 21 de maio de 2020]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>
12. BRASIL M da SaúdeS de V à SaúdeS de S-D. Boletim Epidemiológico: Sífilis [Internet]. 2018 [citado 20 de maio de 2020]. Disponível em: : <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/Boletim-sifilis-2018.pdf>
13. Saraceni V, Leal M do C, Hartz ZM de A. Avaliação de campanhas de saúde com ênfase na sífilis congênita: uma revisão sistemática. *Rev Bras Saúde Materno Infant.* 2005;5(3):263-73.
14. Domingues RMSM, Saraceni V, Hartz ZMDA, Leal MDC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública.* 2013;47:147-57.
15. Silva AG da, Rodrigues CF, Souza HC de, Jesus KA de, Souza AV de. Perfil epidemiológico das gestantes diagnosticadas com sífilis: uma revisão integrativa. *Univale* [Internet]. 2019 [citado 20 de agosto de 2020]; Disponível em: https://www.univale.br/wp-content/uploads/2019/12/ENFER.-2019_2-PERFIL-EPIDEMIOLOGICO-DAS-GESTANTES-DIAGNOSTICADAS-COM-SIFILIS...-ALINE.-HELAINÉ.-CAMILA.-KARINA.pdf
16. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Epidemiol E Serviços Saúde.* 2015;24:681-94.
17. BRASIL M da S. Sífilis na gravidez [Internet]. 2014. Disponível em: https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/114programa_dst.pdf
18. Marques JVS, Alves BM, Marques MVS, Arcanjo FPN, Parente CC, Vasconcelos RL. Perfil Epidemiológico da sífilis congênita: clínica e evolução de 2012 a 2017. *SANARE-Revista de Políticas Públicas.* 2018;17(2):13-20.
19. Campos A do CM, Almeida CR, Aoki FH. Saúde da população negra HIV/AIDS: pesquisas e práticas. *Arte escrita.* 2011;134.
20. BRASIL S de S do DF. Rede Cegonha [Internet]. 2020 [citado 25 de novembro de 2020]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/rede-cegonha/>

21. dos Anjos KF, Santos VC. Sífilis: Uma Realidade Prevenível. Sua Erradicação, um Desafio Atual. Saúde E Pesqui. 2009;2(2):257-63.




VOLTAR AO
INÍCIO