

revista de **NOVA**
ciências **ESPERANÇA**
da saúde

N.3 -2019



Faculdades Nova
Esperança

De olho no futuro

VOLUME 17 - NÚMERO 3- DEZ/2019 | ISSN ELETRÔNICO 2317-7160

revista de
ciências
da saúde **NOVA**
ESPERANÇA



Faculdades Nova
Esperança

De olho no futuro

ADMINISTRAÇÃO SUPERIOR

Diretora Presidente da Entidade Mantenedora

Kátia Maria Santiago Silveira

Diretor FACENE

Eitel Santiago Silveira

Diretora FAMENE

Kátia Maria Santiago Silveira

Diretor FACENE Mossoró

Eitel Santiago Silveira

Diretor Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança

João Fernando Pessoa Silveira Filho

Secretária Geral

Carolina Santiago Silveira Polaro Araújo

Secretário Geral Adjunto

Edielson Jean da Silva Nascimento

Secretária Geral Mossoró

Maria da Conceição Santiago Silveira

ÓRGÃOS DE APOIO ACADÊMICO

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Maria do Socorro Gadelha Nóbrega

Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA)

João Vinícius Barbosa Roberto

Núcleo de Pesquisa e Extensão Acadêmicas (NUPEA)

Aline Poggi Lins de Lima - **Coord. Geral**

Yasmim Regis Formiga de Sousa - **Coord. Adjunta**

Biblioteca

Janaína Nascimento de Araújo - **CRB 15/103**

Liliane Soares da Silva Moraes - **CRB 15/487**

GESTÃO ACADÊMICA

Coordenadora Acadêmica

Nereide de Andrade Virgínio

Coordenadora Acadêmica Mossoró

Elane da Silva Barbosa

Coordenadora do Mestrado Profissional

Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro

Coordenadora de Pós- Graduação (lato sensu)

Glaydes Nely Sousa da Silva

Coordenadora do Curso de Medicina

Gladys Moreira Cordeiro da Fonseca

Coordenadora do Curso de Enfermagem

Daiane Medeiros da Silva

Coordenador do Curso de Odontologia

Yuri Victor de Medeiros Martins

Coordenadora do Curso de Farmácia

Daiene Martins Beltrão

Coordenadora do Curso de Fisioterapia

Danyelle Nóbrega Farias

Coordenador do Curso de Educação Física

José Maurício de Figueiredo Júnior

Coordenador do Curso de Agronomia

Júlio Cesar Rodrigues Martins

Coordenador do Curso de Medicina Veterinária

Atticcus Tanikawa

Coordenador do Curso de Radiologia

Max Well Caetano de Araújo

REVISTA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE NOVA ESPERANÇA

Publicação Quadrimestral

Editora Chefe/Diagramação

Ana Lima Dantas

Revisão Ortográfica

Josane Cristina Batista Santos

Lorena Priscila Dantas de Luna

Gerência de TI

Frederico Augusto Polaro Araújo

ISSN Eletrônico **2317-7160**

ISSN Impresso **1679-1983**

Av. Frei Galvão, 12 - João Pessoa - PB - Brasil

CEP: 58063-695 - Contato: (83) 21064770

revista.facene.com.br

Conselho Editorial

Alessandra S. Braz C. de Andrade - UFPB
André Sales Barreto - UFS
Atticcus Tanikawa - FAMENE
Carlos Eduardo de Oliveira Costa Júnior - UNIT/PE
Cintia Bezerra A. Costa - UFPB
Clélia Albino Simpson - UFRN
Cristianne da Silva Alexandre - UFPB
Débora Raquel Soares G. Trigueiro - FACENE
Fátima Raquel Rosado Moraes - UFRN
Francisco Arnoldo Nunes de Miranda - UFRN
Gabriel Rodrigues Neto - FACENE/PB
Homero Perazzo Barbosa - FACENE/FAMENE
Iolanda Bezerra da Costa Santos - UFPB
João Vinicius Barbosa Roberto - FAMENE
Josean Fachine Tavares - UFPB
Julio Cesar Rodrigues Martins - FAMENE
Karen Krystine Gonçalves de Brito - UFPB
Katy Lísias Gondim Dias de Albuquerque - UFPB
Kelli Faustino do Nascimento - UEPB
Marcos Antônio Jerônimo Costa - FACENE
Maria de Fátima Oliveira dos Santos - FAMENE
Maria Júlia Guimarães de O. Soares - UFPB
Marta Miriam Lopes Costa - UFPB
Melyssa Kellyane C. Galdino - UFPB
Micheline de Azevedo Lima - UFPB
Mônica Souza de M. Henriques - FAMENE
Mônica Souza de Miranda Henriques - UFPB
Regina Célia de Oliveira - UFPE
Renato Lima Dantas - FACENE
Rinaldo Henrique Aguiar da Silva - FAMENA/SP
Roque Marcos Savioli - INCOR/FMUSP
Saulo Felipe Costa - FAMENE
Smalyanna Sgren da Costa Andrade - FACENE
Vilma Felipe Costa de Melo - FACENE

Conselho Revisores

Aganeide Castilho Palitot
Alessandra S. Braz C. de Andrade
Ana Cláudia Torres Medeiros
Ana Luíza Rabelo Rolim
André Sales Barreto
Andressa Cavalcanti Pires
Antônio Carlos Borges Martins
Atticcus Tanikawa
Bruna Braga Dantas
Carlos Eduardo de Oliveira Costa Junior
Carlos Frederico Almeida Rodrigues
Carolina Uchôa G. Barbosa Lima
Cintia Bezerra A. Costa
Clélia Albino Simpson
Clélia de Alencar Xavier Mota
Cristianne da Silva Alexandre
Daiane Medeiros da Silva
Daiene Martins Beltrão
Danyelle Nóbrega de Farias
Déa Silvia Moura da Cruz
Débora Raquel Soares G. Trigueiro
Edson Peixoto Vasconcelos Neto
Eliáuria Rosa Martins
Élida Batista Vieira Sousa Cavalcanti
Elisana Afonso de Moura Pires
Emanuel Luiz Pereira da Silva
Emanuelle Louyde Ferreira de Lima
Erika Catarina de Melo Alves
Ertha Janine Lacerda de Medeiros
Eveline Emilia de Barros Dantas
Fátima Raquel Rosado Moraes
Felipe Brandão dos Santos Oliveira

Fernanda Clotilde Mariz Suassuna
Francisca Inês de Sousa Freitas
Francisco Arnoldo Nunes de Miranda
Gabriel Rodrigues Neto
George Henrique Câmelo Guimarães
Gil Dutra Furtado
Glenison Ferreira Dias
Hellen Bandeira de Pontes Santos
Homero Perazzo Barbosa
Inês Maria Barbosa Nunes Queiroga
Iolanda Beserra da Costa Santos
Islaine de Souza Salvador
Jackson Suelio de Vasconcelos
Jainara Maria Soares Ferreira
João Vinicius Barbosa Roberto
José Melquíades Ramalho Neto
José Romulo Soares dos Santos
Josean Fachine Tavares
Joselio Soares de Oliveira Filho
Jossana Pereira de Sousa Guedes
Julio Cesar Rodrigues Martins
Karen Krystine Gonçalves de Brito
Katy Lísias Gondim Dias de Albuquerque
Kay Francis Leal Vieira
Kelli Faustino do Nascimento
Kettelin Aparecida Arbos
Larissa Coutinho de Lucena
Maiza Araújo Cordão
Marcos Antônio Jerônimo Costa
Marcos Ely Almeida Andrade
Marcus Vinicius Linhares de Oliveira
Maria de Fátima Oliveira dos Santos
Maria do Socorro Gadelha Nóbrega
Maria Júlia Guimarães de O. Soares
Mariany Cruz Alves da Silva
Marina Tavares Costa Nóbrega
Marta Miriam Lopes Costa
Matheus dos Santos Soares
Mayara Freire de Alencar Alves
Melyssa Kellyane C. Galdino
Micheline de Azevedo Lima
Monica Souza de Miranda Henriques
Nadja Soares Vila Nova
Natália Maria Msquita de Lima Quirino
Nilton Guedes do Nascimento Júnior
Olívia Maria Moreira Borges
Pâmela Lopes Pedro da Silva
Paulo Emanuel Silva
Priscilla Kelly Batista da Silva Leite
Rafaella Bastos Leite
Raizza Barros Souza Silva
Regina Célia de Oliveira
Renato Lima Dantas
Rinaldo Henrique Aguiar da Silva
Rodrigo Santos Aquino de Araújo
Roque Marcos Savioli
Sandra Batista dos Santos
Sávio Benvindo Ferreira
Silvana Nobrega Gomes
Smalyanna Sgren da Costa Andrade
Sônia Mara Gusmão Costa
Tamires Alcântara Dourado Gomes Machado
Tarcísio Duarte da Costa
Thaísa Leite Rolim Wanderley
Vagna Cristina Leite da Silva
Vilma Felipe Costa de Melo
Vinicius Nogueira Trajano
Waléria Bastos de Andrade Gomes
Yasmim Regis Formiga de Sousa
Yuri Victor de Medeiros Martins

Temas relacionados à promoção de saúde e qualidade de vida têm sido cada vez mais pesquisados pelas pessoas em geral. Fatores como nível de escolaridade, maior efetividade das novas estratégias de comunicação, renda entre outros corroboram para o maior interesse. Cada vez mais, a adoção de hábitos de vida mais saudáveis vem se difundido, contudo há uma preocupação voltada para as práticas não orientadas pelos profissionais de saúde.

Muitas vezes, os indivíduos se baseiam em informações que não apresentam uma base técnico-científica, o que representa um risco para o que vêm procurando preservar: a saúde no seu amplo significado. Por outro lado, estudantes iniciantes na pesquisa e na extensão universitária devem buscar trabalhos que possam dar suporte às pesquisas que desejem desenvolver.

As fontes de leitura buscadas devem ser cuidadosamente escolhidas e de credibilidade reconhecida. Nesse sentido, a Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança tem cada vez mais assumido o papel de veicular informações técnico-científicas que possam contribuir não somente para a divulgação de trabalhos acadêmicos, mas que também possam se configurar como fontes de leitura para esse público que é autônomo na busca de informações relacionadas a saúde. No seu objetivo de publicar trabalhos científicos com conteúdo multidisciplinar nas áreas de ciências da saúde e ciências agrárias, a revista tem oferecido a possibilidade de acesso a trabalhos de diversas áreas da saúde, em diferentes estilos de redação.

No seu 3º número do vol. 17, vem trazendo diferentes abordagens na área da saúde e um relato de caso na área de medicina veterinária. Dentre os temas abordados nos trabalhos, destacam-se a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS), Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, um estudo documental-retrospectivo-analítico acerca da Doença de Chagas no Nordeste e um dos primeiros trabalhos na área de Medicina Veterinária da Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança aborda uma dermatopatia em felino.

As modalidades de trabalhos que compõem este número da revista são Relato de caso, Relato de experiência, Revisões de literatura e Trabalho original. Tal flexibilidade e a gratuidade da publicação dos trabalhos refletem a visão das Instituições Nova Esperança de oportunizar a divulgação dos trabalhos de pesquisa e extensão internos e oriundos de outras instituições.

Nesse compromisso, a ampliação dos indexadores tem sido uma das prioridades permanentes, sendo a indexação no Portal de Periódicos da CAPES um dos ganhos recentes e um reflexo do empenho da equipe da revista na busca por melhor classificação no Qualis/Capes. Com isso, espera-se maior interesse da comunidade acadêmica em publicar seus trabalhos na Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança. Ressalta-se o empenho dos consultores ad-hoc no auxílio na avaliação dos trabalhos e promoção de melhorias na qualidade dos manuscritos recebidos.

Faço votos para que 2020 seja um ano marcado por avanços na Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança, agregando cada vez mais trabalhos de qualidade e com informações relevantes nas áreas da Saúde e Ciências Agrárias.

Renato Lima Dantas
Professor da FACENE/Membro Conselho Editorial

EDITORIAL

Themes related to health promotion and quality of life have been increasingly researched by people in general. Factors such as education level, greater effectiveness of new communication strategies, income among others corroborate the higher interest. Increasingly, the adoption of healthier lifestyles has become widespread. However, there is a concern for practices not guided by health professionals.

Often, individuals rely on information that does not have a technical-scientific basis, which represents a risk for what they have been trying to preserve: health in its broad meaning. On the other hand, students who are new to research and university extension should look for papers that can support the researches they want to develop.

The sources of reading sought must be carefully chosen and of recognized credibility. In this sense, the *Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança* has increasingly assumed the role of relaying technical and scientific information that can contribute not only to the dissemination of academic works, but that can also be configured as a source of reading for this audience that is autonomous in the search for health-related information. In its objective of publishing scientific papers with multidisciplinary content in the areas of health sciences and agrarian sciences, the journal has offered the possibility of accessing works from different areas of health, in different styles of writing.

In its 3rd issue of vol. 17, it has brought different approaches in the area of health and a case report in the area of veterinary medicine. Among the themes addressed in the works, the Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), National Policy of Integrative and Complementary Practices, a documentary-retrospective-analytical study about Chagas Disease in the Northeast and one of the first works in the area stand out of Veterinary Medicine of the *Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança* addresses a feline dermatopathy.

The types of work that make up this issue of the journal are Case report, Experience report, Literature reviews, and Original work. Such flexibility and the free publication of the papers reflect the vision of the *Nova Esperança* Institutions to provide opportunities for the dissemination of research and extension works developed internally and from other institutions.

In this commitment, the expansion of the indexes has been one of the permanent priorities, with indexing on the CAPES Portal of Journals being one of the recent gains and a reflection of the journal team's efforts in the search for better classification in Qualis/Capes. Thus, the academic community is expected to be more interested in publishing their work in the *Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança*. The *ad-hoc* consultants' commitment to assist in evaluating the work and promoting improvements in the quality of the manuscripts received is highlighted.

I hope that 2020 will be a year marked by advances in the *Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança*, adding more and more quality to the manuscripts and with relevant information in the areas of Health and Agricultural Sciences.

Renato Lima Dantas

Professor at FACENE/Member of the Editorial Board

Translated by: Lorena Priscila Dantas de Luna

Ciências da Saúde

ARTIGO ORIGINAL

- 1- **DOENÇA DE CHAGAS: PERFIL DE MORBIDADE HOSPITALAR NA REGIÃO DO NORDESTE BRASILEIRO** **08**
Chagas disease: Hospital morbidity profile in the Northeast Brazilian region
Alison Pontes da Silva, Francisco Patrício de Andrade Júnior, Bruna Braga Dantas
- 2- **DERMATOSES EM PACIENTES COM HIV ACOMPANHADOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM JOÃO PESSOA – PARAÍBA NO ANO DE 2017** **18**
Dermatoses in HIV patients accompanied in a reference hospital in João Pessoa - Paraíba in 2017
Isabelle Márcia de Medeiros Santiago, Raul José Almeida Albuquerque, Luciana Cavalcante Trindade

REVISÃO DE LITERATURA

- 3- **TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: REVISÃO INTEGRATIVA** **25**
Vertical syphilis transmission in primary attention: Integrative Review
Gisélia de Moura Bezerra Cavalcanti, Lara Monteiro Costa Araújo, Carla Laís dos Santos Fernandes, Layza de Souza Chaves Deiningner
- 4- **INFLUÊNCIA DOS HORMÔNIOS SEXUAIS NA REGULAÇÃO FISIOLÓGICA DA RESPIRAÇÃO: UMA REVISÃO DE LITERATURA** **37**
Influence of sex hormones on physiological regulation of breathing: a Literature Review
Weslley Barbosa Sales, Renata Ramos Tomaz

RELATO DE EXPERIÊNCIA

- 5- **MÉTODO CANGURU: CUIDADO HUMANIZADO NO PERÍODO PUERPERAL** **44**
Kangaroo method: humanized care in the puerperal period
Julião Jerônimo Leite Junior, Monique Carolina Amaral Pereira, Sônia Mara Gusmão Costa
- 6- **A VALORIZAÇÃO DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA COMO PRÁTICA EFETIVA DO SUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA** **51**
The appreciation of the integrative community therapy as an effective practice in the SUS: Experience Report
Vilma Felipe Costa de Melo, Maria Isabel Nunes Gomes, Larissa Nunes Figueiredo Cavalcanti, Neirilanny da Silva Pereira, Vagna Cristina Leite da Silva Pereira

Medicina Veterinária

RELATO DE CASO

7- ASPECTOS CLÍNICOS, PATOLÓGICOS E TERAPÊUTICOS DA PLACA EOSINOFÍLICA FELINA – RELATO DE CASO

Clinical, pathological and therapeutic aspects of the feline eosinophilic plaque - Case Report

Jackson Suelio de Vasconcelos, Higor Vinícius da Silva Camelo, Letícia Ferreira do Nascimento, Lídia Stefânia Vilela Medeiros

57

DOENÇA DE CHAGAS: PERFIL DE MORBIDADE HOSPITALAR NA REGIÃO DO NORDESTE BRASILEIRO

Alison Pontes da Silva^I

Francisco Patrício de Andrade Júnior^{II}

Bruna Braga Dantas^{III}

RESUMO

A Doença de Chagas é uma infecção parasitária que acomete milhões de indivíduos no mundo, principalmente, os que vivem em países marcados pela pobreza. Assim, o presente estudo tem por objetivo avaliar variáveis associadas a morbidade hospitalar por Doença de Chagas na região Nordeste do Brasil. Para isso, foram utilizados os dados armazenados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS, referentes ao número de internações e de óbitos, taxa de mortalidade hospitalar, valor médio por internação e valor total das internações, regime, caráter de atendimento, sexo e cor/raça, considerando a população do Nordeste acometida pela Doença de Chagas, no período de 2008 a 2018. Os dados obtidos apontaram que o ano de 2008 deteve os maiores registros em internações e em gastos com casos clínicos de Doença de Chagas, apesar deste mesmo ano apresentar a menor taxa de mortalidade em todo o período. Além disso, de 2008 a 2018 foram gastos US\$ 1.272.109,80 em internações, o que equivale a um valor médio por internação de US\$ 675,20. A maior parte das internações foram realizadas no sistema público de saúde, além de serem de caráter de urgência. Também se verificou que houve predominância de indivíduos do sexo masculino, de cor parda e com 60 anos ou mais de idade. Desse modo, pode-se perceber que houve uma diminuição considerável do número de internações hospitalares, ao longo do período estudado, bem como nos gastos associados as internações, o que divergiu com o aumento na mortalidade que não apresentou nenhuma alteração linear ao longo dos anos.

PALAVRAS-CHAVE: Tripanossomíase Americana. Hospitalização. Serviços Hospitalares. Sistemas de Informação Hospitalar.

Acadêmico do curso de Farmácia. Departamento de Farmácia. Universidade Federal de Campina Grande - UFCG. CEP: 58175000, Cuité, Paraíba, Brasil. ORCID/ID: <https://orcid.org/0000-0001-8807-1601> ^I

Bacharel em Farmácia. Mestrando em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos, Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde, CEP: 58033-455, João Pessoa, Paraíba. Brasil. ORCID/ID: <https://orcid.org/0000-0002-9662-4111> ^{II}

Enfermeira, Doutora em Biotecnologia, Centro de Educação em Saúde - Universidade Federal de Campina Grande, UFCG. CEP: 58175000, Cuité, Paraíba, Brasil. Email: brunabdantas@gmail.com. ORCID/ID: <https://orcid.org/0000-0002-9662-4111> ^{III}

INTRODUÇÃO

As doenças negligenciadas apresentam uma série de características em comum, como o fato de estarem marcadamente relacionadas a condições de pobreza, bem como a escassez de opções terapêuticas seguras e eficazes. Dentro desse grupo, destaca-se a Doença de Chagas, também conhecida como Tripanossomíase americana, uma parasitose endêmica em países do continente americano. A Organização Mundial da Saúde estima que 8 milhões de pessoas estejam infectadas, 10 mil pessoas morram por ano em decorrência de manifestações clínicas da doença e mais de 25 milhões estejam vulneráveis a adquirir a doença no mundo todo.^{1, 2}

A descoberta da Doença de Chagas ocorreu em 1909, pelo médico brasileiro Carlos Chagas. O agente etiológico desta doença parasitária é o protozoário *Trypanosoma cruzi* que pode infectar o ser humano por diversas vias, como fezes infectadas de triatomíneos (conhecidos popularmente no Brasil como barbeiros), transfusão sanguínea, transplante de órgãos, transplacentária, ingestão de alimentos contaminados e por acidente de trabalho.³

Após a infecção, a progressão da doença pode ser dividida em três fases: aguda, crônica assintomática e crônica sintomática. A fase aguda pode ser caracterizada por elevada parasitemia e pela ausência de sintomas em 90% dos casos, podendo ocorrer na porcentagem remanescente, febre, mal estar, surgimento de um nódulo na região ocular (sinal de Romanã) e/ou cutâneo (chagoma de inoculação), entre outros. É importante pontuar que a fase aguda com a presença de sintomas pode ser mais comum e severa em crianças, uma vez que podem ocorrer complicações como miocardite e meningoencefalite, as quais aumentam as chances de óbito. A fase crônica assintomática, por sua vez, é marcada por sorologia e/ou parasitemia positiva. Em 70-80% dos casos, há

uma persistência desta forma clínica, enquanto que nos demais há uma evolução para a fase crônica sintomática, após alguns anos ou décadas. Nesta última, os níveis de parasitemia são oscilantes, sendo marcada por uma série de manifestações gastrintestinais e/ou cardíacas, resultando em comprometimento de funções vitais, que resulta em aumento do número de internações e óbitos.³⁻⁵

Estimativas recentes apontam um quadro preocupante no cenário brasileiro, visto que o número de indivíduos infectados pelo *T. cruzi* nas cinco regiões do país é de aproximadamente 2 milhões.⁶

A região Nordeste do Brasil, mais especificamente, é composta por nove estados: Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe. Possui uma extensão territorial de 1.544.257 Km², ocupando a terceira colocação neste aspecto. A população desta região, no último censo, foi equivalente a 53.081.950 habitantes, o que corresponde a aproximadamente 30% da população residente do país. Além disso, a densidade demográfica do Nordeste equivale a 34,1 habitantes/km², sendo que há um predomínio da população urbana (73%) em relação à rural (27%). Destaca-se, ainda, que esta localidade é uma das mais pobres de todo o país, apresentando atividades econômicas majoritariamente associadas a agricultura, turismo, extrativismo, entre outras⁷ e que não se observam estudos epidemiológicos relacionados a morbidade hospitalar por Doença de Chagas necessitando-se, assim, pesquisas relacionadas a esta temática.

Assim, o presente estudo tem por objetivo avaliar variáveis associadas a morbidade hospitalar por Doenças de Chagas na região Nordeste do Brasil, de 2008 a 2018.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho é do tipo documental-retrospectivo-analítico, em que foram utilizados os dados presentes no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) da base de dados do DATASUS/Ministério da Saúde.

A coleta dos dados ocorreu entre maio e junho de 2019, considerando a população do Nordeste, durante o período de 2008 a 2018, sendo estes anos referentes ao período de processamento dos dados. As informações coletadas sobre Doença de Chagas utilizaram a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10:a B57, correlacionadas ao local de internação, segundo as seguintes variáveis: internações, óbitos, valores totais e médios por internação, caráter e regime de internação, sexo, cor/raça e taxa de mortalidade hospitalar. Sendo a taxa ajustada calculada da seguinte forma:

$$\text{Taxa de mortalidade hospitalar} = \left(\frac{\text{óbitos}}{\text{internações}} \right) \times 100$$

Cabe pontuar que foi realizada a conversão dos valores referentes a custos em reais para dólares americanos, conforme a cotação do dia 09 de maio de 2019, em que 1 dólar era equivalente a três reais e oitenta e oito centavos.

Os dados coletados foram transferidos para o programa Microsoft Office® Excel 2013, o qual possibilitou a elaboração de gráficos e tabelas. A análise estatística foi realizada por meio do *Software Statistical Package for Social Science (SPSS)* versão 13.0, em que houve o cálculo das frequências absoluta e relativa, além da aplicação do teste Qui-Quadrado de Independência, em que $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo para a rejeição das hipóteses de nulidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A investigação da morbidade por Doença de Chagas na região Nordeste mostrou que o maior registro de internações ($n=374$) ocorreu no ano de 2008, o que contrasta com o valor da taxa de mortalidade hospitalar (4,81%) deste ano uma vez que essa foi a menor em todo o período analisado. Isso reflete uma baixa quantidade de óbitos ($n=18$), em termos relativos, em que a maior parte das pessoas infectadas permaneceram internadas sem agravos letais, ou receberam alta hospitalar (Tabela 1).

Por outro lado, em 2017, observa-se uma redução significativa nas internações ($n=149$) e um número de óbitos elevado ($n=22$), quando comparados a 2008, apresentando

um expressivo registro de taxa de mortalidade hospitalar por Doença de Chagas (14,77%), sendo considerada a maior taxa de mortalidade do período estudado. Quanto a taxa de mortalidade hospitalar por Doença de Chagas também contou com elevado registro (8,74%) no ano de 2011, quando comparado aos mesmos dados de 2008, uma vez que apresentou ainda os menores registros em internações ($n=103$) e óbitos ($n=9$) (Tabela 1). É importante ressaltar que o diagnóstico tardio é um fator que contribui para o aumento da mortalidade, sendo fundamental a detecção precoce da doença e a realização do tratamento de forma correta.⁸

TABELA 1: Internações, óbitos e taxa de mortalidade hospitalar associado a Doença de Chagas no Nordeste brasileiro, considerando o período de 2008 a 2018

Ano de processamento	Internações	Óbitos	Taxa de mortalidade hospitalar (%)
2008	374	18	4,81
2009	177	21	11,86
2010	157	9	5,73
2011	103	9	8,74
2012	109	13	11,93
2013	121	14	11,57
2014	138	18	11,04
2015	176	24	13,64
2016	158	13	8,23
2017	149	22	14,77
2018	222	18	8,11
Total	1884	179	9,5

Fonte: Adaptado de DATASUS, 2019

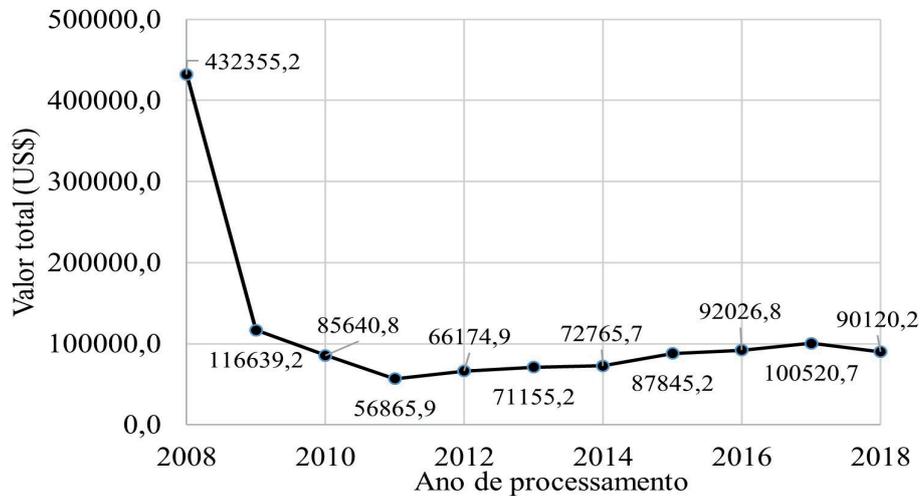
Além disso, a diminuição do número de internações está intimamente relacionada com as iniciativas de controle da doença, visto que estudos realizados em camundongos indicam que reinfecções podem aumentar a severidade de lesões cardíacas em indivíduos no estado crônico da doença.⁹

Considerando os registros hospitalares que caracterizam todo o período estudado, observa-se 1884 internações e 179 óbitos por Doença de Chagas, o que implica que a taxa de mortalidade hospitalar no período em estudo foi equivalente a 9,5% (Tabela 1). Tal valor é semelhante ao relatado em um estudo sobre morbidade e mortalidade hospitalar referente à Doença de Chagas no Brasil, o qual obteve uma taxa de 9,05%.¹⁰ Isto permite inferir que apesar das peculiaridades da região do Nordeste, as características de morbidade hospitalar permanecem em consonância com o Brasil.

Quanto a análise dos valores totais gastos em internações por Doença de Chagas

no Nordeste, pode-se verificar que durante os anos de 2008 e 2011, houve o maior (US\$ 432.355,2) e o menor (US\$ 56.865,9) registro de gastos, respectivamente, o que pode estar relacionado com o fato destes anos expressarem o valor mais alto e o mais baixo em internações, respectivamente. O gasto total em internações por Doença de Chagas no período estudado foi de US\$ 1.272.109,80 (Figura 1). Uma análise dos custos por Doença de Chagas em todo o mundo apontou que esta parasitose é menos dispendiosa do que algumas doenças crônicas de elevada incidência, como o câncer de mama, mas contém custos superiores a outras doenças infecciosas, a exemplo da cólera.¹¹

Quando comparado a outras parasitoses, os relatos reforçam que impactos causados pela Doença de Chagas podem gerar custos, referentes a anos de vida ajustados por incapacidade, até 7,5 vezes maior que a malária.³

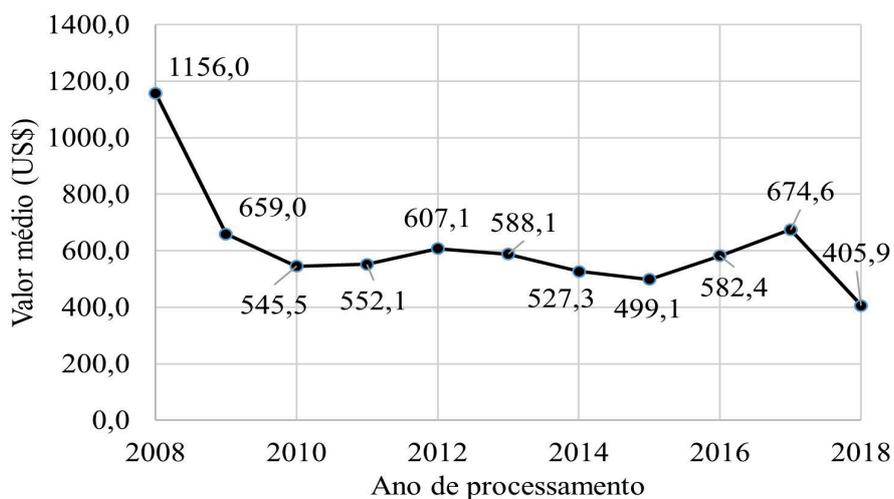


Fonte: Adaptado de DATASUS, 2019

FIGURA 1: Valores totais em internações por Doença de Chagas no Nordeste brasileiro, considerando o período de 2008 a 2018

Com relação ao valor médio por internação de pessoas acometidas pela Doença de Chagas, o maior registro (US\$ 1156,0) ocorreu em 2008 e o menor (US\$ 405,9) em 2018, evidenciando assim um significativo declínio ao longo do tempo nos gastos médios, na região do Nordeste. Ainda

sobre esta variável, considerando o intervalo de 2008 a 2018, o valor registrado foi de US\$ 675,20 (Figura 2). Este é superior ao valor médio registrado em todo o Brasil, em que o gasto por internação foi equivalente a US\$545,49.¹⁰



Fonte: Adaptado de DATASUS, 2019

FIGURA 2: Valores médios referentes a internações por Doença de Chagas no Nordeste brasileiro, considerando o período de 2008 a 2018

Considerando a distribuição das internações por Doença de Chagas, segundo caráter e regime de atendimento no Nordeste, durante o período estudado, pode-se observar quase 60% dos atendimentos foram de urgência e que a quantidade de internações em instituições

públicas (n=864) foi quase o dobro, quando comparada com os registros de regime privado (n=455) (Tabela 2). Nessa perspectiva, há relatos que apontam que os pacientes com Doença de Chagas são dispendiosos ao sistema público de saúde e indesejáveis no setor privado.¹²

TABELA 2: Valores referentes ao caráter e regime de internações por Doença de Chagas no Nordeste brasileiro, considerando o período de 2008 a 2018

Variáveis	Caráter de atendimento		Regime de atendimento			Total
	Eletivo	Urgência	Público	Privado	Ignorado	
N	756	1128	864	455	565	1884
%	40,1	59,9	45,9	24,2	29,9	100

Fonte: Adaptado de DATASUS, 2019

Com relação ao sexo, pode-se observar que os homens acometidos por Doença de Chagas detiveram os maiores registros em todas as variáveis estudadas (Tabela 3). A maior exposi-

ção a ambientes propícios ao contato com os vetores de Doença de Chagas é um aspecto importante que deve ser considerado ao observar tal predomínio.¹³

TABELA 3: Valores de internações, óbitos, taxa de mortalidade hospitalar e valor médio por internação considerando a população acometida por Doença de Chagas no Nordeste brasileiro, em relação ao sexo, cor/raça e faixa etária, durante o período de 2008 a 2018

Variável	Internações	Óbitos	P	Taxa de mortalidade hospitalar (%)	Valor médio por internação
Gênero					
Masculino	1045 (55,5%)	106 (59,2%)	0,353	10,14	2646,04
Feminino	839 (44,5%)	73 (40,8%)		8,7	2587,22
Cor/raça					
Branca	95 (5,1%)	8 (4,5%)	*	8,42	2131,82
Preta	42 (2,2%)	4 (2,2%)		9,52	1396,91
Parda	626 (33,2%)	67 (37,4%)		10,7	2647,35
Amarela	6 (0,3%)	0 (0%)		0	3620,40
Indígena	0 (0%)	0 (0%)		0	0
Não informado	1115 (59,2%)	100 (55,9%)		8,97	2686,66
Faixa Etária (anos)					
Menor que 1	154 (8,2%)	9 (5,0%)	*	5,17	1938,58
1 a 9	152 (8,0%)	6 (3,4%)		3,95	808,55
10 a 19	71 (3,8%)	3 (1,7%)		4,23	1843,53
20 a 59	763 (40,5%)	60 (33,5%)		7,86	2465,89
Acima de 60	744 (39,5%)	101 (56,4%)		13,58	3362,88
Total	1884 (100%)	179 (100%)			9,5

P - teste Qui-Quadrado de independência; * Inaplicabilidade do teste Qui-Quadrado

Fonte: Adaptado de DATASUS, 2019

Desta forma, observa-se que os homens são comumente mais expostos as condições de risco, estando mais frequentemente associado ao adoecimento por Doença de Chagas. Porém, percebe-se ainda que este perfil não é obrigatório e pode ser alterado pelas condições ambientais as quais a população, independente de sexo, esteja exposta. Tendo em vista que um estudo realizado em Porto Alegre-RS, acerca de doenças relacionadas com as más condições de saneamento (incluindo a Doença de Chagas), corroborou com os registros superiores no sexo masculino em relação aos valores médios por internação.¹⁴ Entre outros estudos nas regiões Norte e Nordeste também relataram que o sexo masculino deteve registros superiores em relação ao sexo feminino.^{13, 15, 16} Entretanto, estudos no Sudeste apontam resultados conflitantes, em que as mulheres foram prevalentes.¹⁷

Quando se considera os dados sobre as internações por acometidos com Doença de Chagas, em relação a cor/raça evidenciam uma prevalência de indivíduos pardos em quase todas as variáveis apontadas, com um percentual de 33,2% das internações, 37,4% dos óbitos e uma taxa de mortalidade hospitalar de 10,7%. O valor médio por internação foi o único quesito que a cor parda foi superada, havendo um maior registro de indivíduos da raça amarela. Vale destacar que um grande percentual de pacientes não tiveram informação sobre sua cor em termos de internações e óbitos, correspondendo a 59,2 e 55,9% do total, respectivamente. Não houve registro para a cor/raça indígena (Tabela 3).

CONCLUSÕES

De modo geral, pode-se concluir que, durante o período de 2008 a 2018, houve um declínio acentuado no número de internações com casos clínicos de

Em uma análise de casos de infecção por Doença de Chagas em Barcarena-PA, foi relatado que os indivíduos pardos e brancos foram predominantes e que não houve nenhum indivíduo da cor/raça indígena, resultados estes que corroboram com os dados aqui descritos para a região Nordeste. Por outro lado, o número de pretos e amarelos no estudo em Barcarena foram idênticos, bem como a porcentagem de registros em que a cor foi ignorada foi bem inferior, se comparada com as informações aqui descritas para o Nordeste.¹⁸

Outro trabalho, realizado na Bahia, também relatou uma predominância de indivíduos pardos em relações as demais raças. No entanto, o percentual de pretos foi superior ao de brancos, o que diverge com os resultados no Nordeste aqui relatados. O elevado número de indivíduos pertencentes a etnias não-brancas, conforme descrito, pode ser associado a uma discrepância histórica perjurativa já que estes grupos estão associados a atividades socioeconômicas que favorecem a transmissão da doença.¹⁹

Em relação a faixa etária, observou-se que os indivíduos com Doença de Chagas com idade superior a 60 anos detêm maiores valores de óbitos, taxa de mortalidade hospitalar e valor médio por internação, sendo superados apenas no número de internações, apesar da diferença ser pequena. Esses resultados podem estar associados ao tempo que leva para que a doença se manifeste e, quando isso ocorre, a situação clínica em muitos casos já está bem complicada.¹⁷

infecção com Doença de Chagas e, conseqüentemente, nos gastos com essas internações. Em contrapartida, em relação a

mortalidade houve muitas oscilações e em raras situações se observou uma tendência de declínio, de modo que os valores se mantiveram no mesmo nível ou até superaram o que havia sido registrado em 2008.

Com relação ao caráter e regime de atendimento de pacientes com Doença de Chagas, a maior parte das internações ocorreram no setor público e foram em caráter de urgência. Além disso, o perfil de acometidos foi, predominantemente, de indivíduos do sexo

masculino, cor parda e com faixa etária superior a 60 anos.

Desse modo, é de grande relevância ampliar as informações acerca das características epidemiológicas da Doença de Chagas, a fim de conhecer a situação vigente, avaliar os aspectos determinantes para o impacto gerado pela doença e orientar as ações em saúde pública, a fim de buscar soluções viáveis para esta parasitose que afeta um grande número de pessoas no Nordeste.

CHAGAS DISEASE: HOSPITAL MORBIDITY PROFILE IN THE NORTHEAST BRAZILIAN REGION

ABSTRACT

Chagas disease is a parasitic infection that affects millions of people worldwide, especially those living in poverty-stricken countries. Thus, the present study aims to evaluate the variables associated with hospital morbidity due to Chagas disease in Northeastern Brazil. For this, we used data collected from the SUS Hospital Information System, regarding the number of hospitalizations and deaths, hospital mortality rates, average value per hospitalization and total value of hospitalizations, regime, character of care, gender and color/race, considering the population of the Northeast, with no period from 2008 to 2018. Data for 2008 have the highest records of hospitalizations and expenses related to these rates, despite that same year and the lowest mortality rates throughout the period. In addition, from 2008 to 2018 US\$ 1,272,109.80 were spent on hospitalizations, which is equivalent to an average value per hospitalization of US\$ 675.20. Most hospitalizations were performed in the public health system, besides being urgent. It was also found that there was a predominance of male, brown and 60 years of age or older. Thus, it can be seen that there was a considerable decrease in the number of hospitalizations over the study period, as well as the expenses associated with them, which differed with the increase in mortality that did not show any linear change over the years.

KEYWORDS: American Trypanosomiasis. Hospitalization. Hospital Services. Hospital Information Systems.

REFERÊNCIAS

1. Connors EE, Vinetz JM, Weeks JR, Brouwer KC. A global systematic review of Chagas disease prevalence among migrants. *Acta Trop.* 2016;156:68-78.
2. WHO. Chagas disease (American trypanosomiasis). Geneva: World Health Organization, 2019.

1. Conners EE, Vinetz JM, Weeks JR, Brouwer KC. A global systematic review of Chagas disease prevalence among migrants. *Acta Trop.* 2016;156:68-78.
2. WHO. Chagas disease (American trypanosomiasis). Geneva: World Health Organization, 2019.
3. Bern C. Chagas' disease. *N Engl J Med.* 2015;373(5):456-66.
4. Wagner N, Jackson Y, Chappuis F, Posfay-Barbe KM. Screening and management of children at risk for Chagas disease in nonendemic areas. *Pediatr Infect Dis J.* 2016;35(3):335-7.
5. Martin-Escolano R, Molina-Carreno D, Delgado-Pinar E, Martin-Montes A, Clares MP, Medina-Carmona E, et al. New polyamine drugs as more effective antichagas agents than benznidazole in both the acute and chronic phases. *Eur J Med Chem.* 2019;164:27-46.
6. Stanaway JD, Roth G. The burden of Chagas disease: estimates and challenges. *Glob Heart.* 2015;10(3):139-44.
7. IBGE. Sistema IBGE de Recuperação Automática - SIDRA 2019 [Available from: <https://sidra.ibge.gov.br/home/pnadcm>].
8. Santos VRC, Meis J, Savino W, Andrade JAA, Vieira JRS, Coura JR, et al. Acute Chagas disease in the state of Pará, Amazon Region: is it increasing? *Mem Inst Oswaldo Cruz.* 2018;113(5).
9. Schofield CJ, Jannin J, Salvatella R. The future of Chagas disease control. *Trends in Parasitology.* 2006;22(12):583-8.
10. Silva AP, Dantas BB. Morbimortalidade hospitalar decorrente de doença de Chagas no Brasil, de 2008 a 2018. Editora Realize [Internet]. 2019; 1:[1-10 pp.]. Available from: https://editorarealize.com.br/revistas/conapesc/trabalhos/TRABALHO_EV126_MD1_SA10_ID1204_30062019224147.pdf.
11. Lee BY, Bacon KM, Bottazzi ME, Hotez PJ. Global economic burden of Chagas disease: a computational simulation model. *Lancet Infect Dis.* 2013;13(4):342-8.
12. Bozelli CE, Araújo SM, Guilherme ALF, Gomes ML. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com doença de Chagas no Hospital Universitário de Maringá, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(5):1027-34.
13. Teixeira RB, Oliveira SMC. Perfil de pacientes portadores de Doença de Chagas em rio Branco, Acre, Brasil. *Rev Soc Bras Clín Méd.* 2015;13(4).
14. Siqueira MS, Rosa RS, Bordin R, Nagem RC. Internações por doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado na rede pública de saúde da região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2010-2014. *Epidemiol Serv Saúde.* 2017;26:795-806.
15. Santana MP, Souza-Santos R, Almeida AS. Prevalência da doença de Chagas entre doadores de sangue do Estado do Piauí, Brasil, no período de 2004 a 2013. *Cad Saúde Pública.* 2018;34:e00123716.
16. Vieira JFPN. Doença de Chagas no Piauí distribuição geográfica dos óbitos de 2003 a 2013 e identificação de vetores em comunidades rurais de São João do Piauí [Dissertação]. Teresina: Instituto Oswaldo Cruz; 2017.
17. Guariento ME, Carrijo CM, Almeida EA, Magna LA. Perfil clínico de idosos portadores de doença de Chagas atendidos em serviço de referência. *Rev Bras Clin Med.* 2011;9(1):20-4.

18. Júnior S, Da Silva A, Palácios VRCM, Miranda CS, Costa RJF, Catete CP, et al. Análise espaço-temporal da doença de Chagas e seus fatores de risco ambientais e demográficos no município de Barcarena, Pará, Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2017;20:742-55.

19. Braga JCV, Reis F, Aras R, Costa ND, Bastos C, Silva R, et al. Aspectos clínicos e terapêuticos da insuficiência cardíaca por doença de Chagas. Arq Bras Cardiol. 2006;86(4):297-302.

DERMATOSES EM PACIENTES COM HIV ACOMPANHADOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM JOÃO PESSOA – PARAÍBA NO ANO DE 2017

Isabelle Márcia de Medeiros Santiago^I

Raul José Almeida Albuquerque^{II}

Luciana Cavalcante Trindade^{III}

RESUMO

A pele é o órgão mais afetado em pacientes com aids/HIV (Vírus da Imunodeficiência) e a sua avaliação é elemento importante no processo diagnóstico. O objetivo desse estudo foi avaliar as dermatoses que acometem pacientes com aids acompanhados em um Centro de Referência Estadual, situado em João Pessoa/Paraíba, em 2017. Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo documental retrospectivo, descritivo, com abordagem quantitativa. Tomando como base 417 pacientes diagnosticados com aids, foi calculada uma amostra estatística, chegando-se ao valor de 250, cujas variáveis de interesse foram coletadas a partir dos prontuários em março. No instrumento de pesquisa, constaram como variáveis: sexo, idade, comorbidades, hábitos de vida, tempo de diagnóstico, adesão à terapêutica antirretroviral, contagem de linfócitos CD4+, carga viral e dermatoses apresentadas ao longo do acompanhamento médico. Foi feita uma análise descritiva das variáveis em termos de seus valores absolutos e relativos. Sessenta e nove (27,6%) dos pacientes apresentaram uma ou mais doenças dermatológicas, sendo a candidíase oral a mais prevalente (31,1%). Destes, 21 (30,4%) faziam uso de forma irregular, ou não faziam uso da terapêutica antirretroviral. Foi observado, a partir da carga viral e dos níveis de CD4, que quanto mais baixa a imunidade, ou quanto mais alta a virulência, mais comum o surgimento de doenças dermatológicas. Trinta e seis pacientes (52,8%) receberam o diagnóstico de HIV no momento em que buscaram tratamento para a dermatose. Diante dos resultados, fica clara a importância das dermatoses, tanto na suspeição diagnóstica, quanto no acompanhamento dos pacientes com AIDS.

PALAVRAS-CHAVE: HIV. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Dermopatias.

Médica, Especializanda em Dermatologia, Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE. Departamento de Medicina. CEP: 58067-695. João Pessoa - Paraíba, Brasil. e-mail:isabellesantiago_@hotmail.com
ORCID/ID: <https://orcid.org/0000-0001-8807-1601>

Médico, Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE. Departamento de Medicina. CEP: 58067-695. João Pessoa - Paraíba, Brasil.
ORCID/ID: <https://orcid.org/0000-0002-9662-4111>

Médica, Mestre, Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE. Departamento de Medicina. CEP: 58067-695. João Pessoa - Paraíba, Brasil.
ORCID/ID: <https://orcid.org/0000-0002-9662-4111>

Submissão: 17/07/2019 Aceito: 05/11/19
DOI: 10.17695/revcsnevol17n3p18-24

INTRODUÇÃO

A aids é causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), um retrovírus pertencente à família dos lentivírus. Esse vírus de RNA, através da enzima transcriptase reversa, possibilita a incorporação ao DNA da célula infectada, sendo o foco principal os linfócitos CD4+.¹ Os primeiros registros de casos no Brasil ocorreram na década de 1980. No país, de 1980 até junho de 2019, foram detectados 966.058 casos de aids, sendo 16,1% na região Nordeste. No estado da Paraíba, de 2007 a 2019, foram notificados 2439 casos de HIV, sendo a faixa etária mais atingida entre 25 e 49 anos.²

O diagnóstico do HIV é feito através de testes que detectam anticorpos anti-HIV após a exposição ao vírus. Tais testes podem ser classificados como de triagem e confirmatórios, além do teste rápido. O primeiro é o Elisa; os confirmatórios são Imunofluorescência Indireta, Immunoblot e Western Blot. As amostras negativas no teste Elisa excluem infecção pelo HIV. As amostras, com resultado inconclusivo ou positivo, serão submetidas aos testes confirmatórios.³ O tratamento específico contra o vírus é a Terapia Antirretroviral (TARV), que surgiu na década de

80. Atualmente, a forma mais eficiente de inibir a replicação viral é a Terapia Tripla, que combina três medicamentos antirretrovirais e é ofertada pelo Ministério da Saúde.⁴

As afecções dermatológicas no paciente com HIV relacionam-se à baixa da imunidade decorrente do acometimento dos linfócitos e incluem quadros infecciosos (virais, bacterianos e fúngicos) e não infecciosos (neoplasias), além das farmacodermias. Outros quadros estão diretamente relacionados à diminuição na contagem das células CD4+ e são manifestações específicas da infecção pelo HIV. O reconhecimento dessas dermatoses guarda importância por estimular o diagnóstico precoce da SIDA e, assim, possibilitar a instituição da terapêutica para retardar a progressão da doença. Com a evolução da síndrome, as lesões tornam-se mais frequentes, graves, recorrentes, atípicas e refratárias à terapia habitual.^{5,6,7,8}

A escassez de estudos sobre o tema no estado da Paraíba se configura uma necessidade de abordagem mais ampla sobre o tema. Assim, esse estudo teve o objetivo de avaliar as manifestações dermatológicas em pacientes com aids atendidos em um hospital de referência na cidade de João Pessoa/PB.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo documental retrospectivo, descritivo, transversal, com abordagem quantitativa realizada no Complexo Hospitalar Clementino Fraga (CHCF), localizado no município de João Pessoa/PB, hospital terciário, referência estadual no atendimento a pacientes com aids

e outras doenças infectocontagiosas.

A população do estudo foi composta pelos pacientes diagnosticados com aids no CHCF no período de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2017, identificados pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica do CHCF. A partir dessa população foi calculada uma amostra

estatística, adotando-se o nível de confiança de 95%, o nível de significância 0,05, sendo o resultado acrescido de 20%. A amostra representativa, selecionada através do cálculo estatístico, foi de 250 pacientes. Após a identificação do quantitativo da amostra, as informações foram coletadas pelos prontuários.

Utilizou-se como instrumento de pesquisa um formulário construído pelos autores a partir dos objetivos da pesquisa, e nele constaram como variáveis: sexo, idade, comorbidades, hábitos de vida (etilismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas), tempo de diagnóstico, adesão ao tratamento (terapêutica antirretroviral – TARV), contagem de CD4+, carga viral e as dermatoses apresentadas ao longo do acompanhamento médico. Para a análise dos dados, os pacientes foram agrupados de acordo com as características

em comuns e postulados em gráficos e tabelas através da planilha eletrônica do software Excel e com desvios padrões calculados. Foi realizada a análise descritiva de todas as variáveis do estudo em termos de seus valores absolutos e relativos.

Em se tratando de uma pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/FAMENE – via Plataforma Brasil, sob o CAAE: 02870118.2.0000.5179. Foram respeitadas as diretrizes e normas exigidas pelo Conselho Nacional de Saúde, através da resolução 466/12 MS/CNS, e resgatado junto à Direção do CHCF o Termo de Anuência. Foram respeitadas o anonimato e o sigilo das informações obtidas através dos documentos médicos hospitalares.

Não houve nenhum conflito de interesse na pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No ano de 2017, foram notificados no CHCF 783 casos de HIV/aids. Destes, 417 com aids, sendo 187 (74,8%) do sexo masculino e 63 (25,2%) do sexo feminino. A idade dos pacientes variou de 19 a 77 anos, com média de idade de 40 anos (desvio-padrão = 11,41).

As dermatoses estão entre as manifestações mais prevalentes da aids, atingindo até 90% dos pacientes, durante a evolução da doença.⁶ No presente estudo, a presença de dermatoses foi de 27,6% (n=69) (Figura 1), em uma frequência baixa em relação a outros estudos analisados.^{6,7,8} Entre esses pacientes com doenças dermatológicas, o número médio foi de 1,3 doenças para cada paciente (desvio-padrão = 0,65). Essa média foi inferior à verificada por outros autores que registraram uma frequência de 1,8 a 2,5 por paciente.^{7,8}

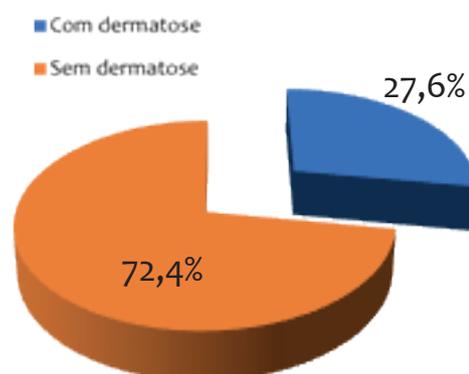


FIGURA 1: Frequência das dermatoses nos pacientes com aids no CHCF. João Pessoa/PB, 2017

A frequência de dermatoses em pacientes do sexo feminino foi de 34,9% (n=22) e do sexo masculino foi de 25,1% (n=47) (Figura 2).

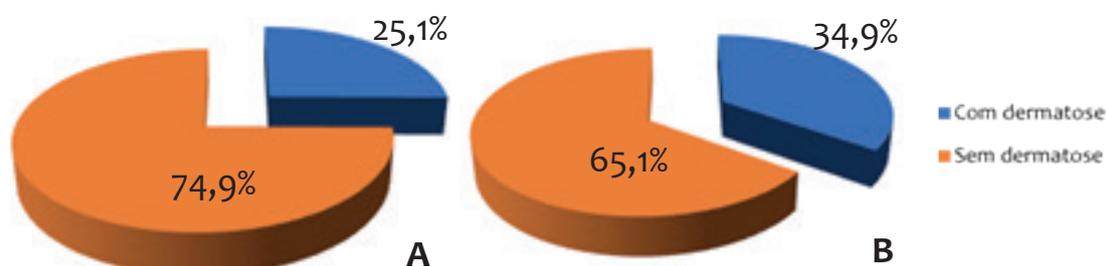


FIGURA 2: Frequência das dermatoses nos pacientes com aids no CHCF, de acordo com o sexo. **A** = sexo masculino e **B** = sexo feminino. João Pessoa/PB, 2017

A prevalência maior da aids no sexo masculino está de acordo com o perfil epidemiológico da doença no país² e em concordância com o percebido por outros autores.^{5,7,8} Ao longo dos anos, quase dois terços dos pacientes afetados pela aids são do sexo masculino. Além disso, as taxas de detecção da síndrome nos homens nos últimos dez anos tem exibido tendência de crescimento, com uma diminuição gradual dos episódios entre as mulheres.²

Estudos demonstram que há diferenças no comportamento de pessoas do sexo feminino e masculino no que se refere à sexualidade, sendo um dos fatores relacionados

à discrepância de acometimento pela síndrome relacionada ao sexo. Os meninos apresentam um interesse mais precoce pelo início da vida sexual, são mais desinibidos e inconsequentes em relação a infecções sexualmente transmissíveis.^{9, 10}

A tabela 1 expõe o percentual de dermatoses apresentadas pelos pacientes, com sua respectiva frequência, ressaltando que muitos pacientes mostraram mais de uma dermatose. Dos 69 (27,6%) pacientes com dermatoses, 14 (20,3%) exibiram 2 dermatoses, 2 (2,8%) exibiram 4 dermatoses, e 1 (1,5%) exibiram 3 dermatoses.

TABELA 1: Frequência das dermatoses em pacientes com aids atendidos no CHCF. João Pessoa/PB, 2017

Dermatoses	n	%
Candidíase Oral	28	31,1
Dermatite Seborreica	8	8,9
Herpes Zoster	5	5,5
Sífilis	4	4,5
Verruga Genital	3	3,3
Escabiose	3	3,3
Sarcoma de Kaposi	3	3,3
Farmacodermia	3	3,3
Tínea corpori	3	3,3
Furunculose	2	2,3
Intertrigo	2	2,3
Pitiríase versicolor	1	1,1
Outros	25	27,8
Total	90	100

A dermatose mais frequente foi a candidíase oral (31,1%), independente do grupo de pacientes, da idade e do sexo, seguida por der-

matite seborreica (8,9%), herpes zoster (5,5%) e sífilis (4,5%). Dermatoses nesses pacientes podem ser infecciosas - por fungos, vírus,

bactérias, ou outros agentes não infecciosos.⁷ A candidíase oral, causada pelo fungo *Candida* spp., está entre as doenças mais comumente notadas nos pacientes com aids e é um marcador de decaimento na imunidade. Manifesta-se através de lesões esbranquiçadas, que formam placas acometendo áreas da língua ou qualquer parte da cavidade oral.¹¹ Infecções fúngicas estão entre as dermatoses mais frequentes referidas pelos autores, assim como infecções virais e doenças inflamatórias como a dermatite seborreica.^{5,6,7,8,12,13}

No momento do diagnóstico de dermatose, a população estudada apresentava uma dosagem média de linfócitos CD4 correspondente a 397,33 células/mm³ (desvio-padrão = 348,9). A carga viral média apresentada pelos pacientes estudados foi de 36.428,78 cópias/mL (desvio-padrão = 98.249,88). Nos doentes imunodeprimidos pelo HIV, há um decaimento na função e no número das células apresentadoras de antígenos e células T CD4+, que ficam abaixo do valor esperado (acima de 500 células/mm³), deixando a pele mais indefesa aos agentes infecciosos oportunistas e neoplásicos.⁸ Logo, averigua-se que pacientes com doença dermatológica exibem linfócitos CD4 em valor inferior a pacientes sem dermatose e que há um maior acometimento cutâneo quanto menor for a soma de linfócitos CD4.^{6,7,8,12} Assim, os diagnósticos de dermatoses crescem de acordo com a

progressão da aids, o que sugere que as doenças dermatológicas relacionam-se com a evolução da infecção pelo HIV, a diminuição na contagem de CD4 e o estágio da síndrome.^{7, 12} Pacientes com HIV/AIDS e dermatoses apresentaram correlação entre níveis de CD4 abaixo de 200 e dermatoses como dermatofitose, candidíase oral, sarcoma de Kaposi, dermatite seborreica e xerose extensa.⁶

Observou-se neste trabalho que 36 pacientes (52,8%) com dermatose receberam o diagnóstico de HIV no momento em que buscaram tratamento para a dermatose. A literatura mostra que a dermatose pode ser o sinal mais precedente da infecção pelo vírus em pacientes que não conhecem sua situação sorológica. Assim, frequentemente, uma lesão cutânea apresentada pelo paciente levanta a suspeita em relação à síndrome.⁷ O seu reconhecimento e diagnóstico, por conseguinte, permitem a instituição de medidas terapêuticas importantes para adiar o progresso da imunodeficiência.⁸

No momento de diagnóstico da dermatose, 21 pacientes (30,4%) faziam uso de forma irregular, ou não faziam uso de TARV. Já os pacientes que faziam uso de TARV apresentaram baixa adesão ao tratamento de HIV, embora a terapêutica seja ofertada gratuitamente no Brasil, junto com os demais cuidados de saúde a essa população.^{14,15}

CONCLUSÕES

O estudo permitiu concluir que pacientes com infecção por HIV apresentaram infecções fúngicas (candidíase oral) como as dermatoses mais frequentes, seguido por dermatite seborreica e infecções virais.

Outro achado foi a maior frequência

das dermatoses em pacientes com CD4 < 685 células/mm³ e carga viral elevada. Além disso, mais da metade dos pacientes receberam o diagnóstico do aids durante a investigação da dermatose.

Esse trabalho apresenta limitações relacionadas ao fato de descrever uma realidade local. Além disso, por ser um estudo retrospectivo e documental, depende de informações de prontuários, com qualidade inadequada em algumas situações, por informações incompletas. Adicionalmente, alguns pacientes foram transferidos para outros serviços e tiveram a descontinuidade do

tratamento, levando a perdas de informações.

Diante dos resultados, fica clara a importância das dermatoses no auxílio ao diagnóstico da síndrome e faz-se necessário que esse tema seja constantemente debatido entre profissionais de saúde e toda a população e a educação em saúde deve ser uma estratégia utilizada por todas as instâncias.

DERMATOSES IN HIV PATIENTS ACCOMPANIED IN A REFERENCE HOSPITAL IN JOÃO PESSOA - PARAÍBA IN 2017

ABSTRACT

The skin is the most affected organ in HIV/AIDS patients, and its evaluation is a crucial element in the diagnostic process. This study aimed to evaluate dermatoses affecting patients with AIDS followed at a State Reference Center located in João Pessoa / Paraíba, in 2017. This is a retrospective, descriptive, epidemiological study with a quantitative approach. From the 417 patients diagnosed with AIDS, a statistical sample was calculated, reaching a value of 250 patients, whose variables of interest were collected from the medical records in March 2019. The research instrument consisted of the following variables: gender, age, comorbidities, lifestyle, time since diagnosis, adherence to antiretroviral therapy, CD4 + lymphocyte count, viral load, and dermatoses presented during medical follow-up. A descriptive analysis of the variables was made in terms of their absolute and relative values. Sixty-nine (27.6%) patients had one or more dermatological diseases, with oral candidiasis being the most prevalent (31.1%), and of these, 21 (30.4%) were using it irregularly or not use of antiretroviral therapy. It was observed from the viral load and CD4 levels that the lower the immunity or, the higher the virulence, the more frequent the appearance of dermatological diseases. Thirty-six (52.8%) patients were diagnosed with HIV at the time they sought treatment for acne. Given the results, it is clear the importance of dermatoses in both diagnostic suspicion and monitoring of patients with AIDS.

KEYWORDS: HIV. Acquired Immune Deficiency Syndrome. Skin Disease.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Diagnóstico do HIV. Santa Catarina: Ministério da Saúde, 2014.
2. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico - HIV/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

3. Ministério da Saúde (BR). Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos e crianças. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
4. Ministério da Saúde (BR). O cuidado integral da PVHIV na Unidade Básica de Saúde. Santa Catarina: Ministério da Saúde, 2017.
5. Ortiz LGP, Cortés SP, Pedrero MP. Manifestaciones dermatológicas en los pacientes con VIH y su correlación con la cantidad de linfocitos CD4 en la Clínica de Infecciones de Transmisión Sexual del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua. *Dermatol Rev Mex.* 2014; (58):1-6.
6. Boushab BM, Malick Fall FZ, Ould Cheikh Mohamed Vadel TK, Ould Cheikh Melâinine ML, Maazouz MV, Savadogo M, et al. Mucocutaneous manifestations in human immunodeficiency virus (HIV)-infected patients in Nouakchott, Mauritania. *Int J Dermatol.* 2017 Dec; 56(12):1421-24.
7. Michelim L, Atti J, Panarotto D, Lovatto L, Boniatti MM. Dermatoses em pacientes infectados pelo HIV com a contagem de linfócitos CD4. *Rev Saúde Pública.* 2004; 38(6): 758-63.
8. Rebellato PRO, Mendívil PCG, Melo LH, Martins LAM. Manifestações dermatológicas em pacientes infectados pelo HIV-Um estudo de prevalência. *JBM.* 2015; 103(1):31-7.
9. Anjos RHD, Silva JS, Val LF, Rincon LA, Nichiata LYI. Diferenças entre adolescentes do sexo feminino e masculino na vulnerabilidade individual ao HIV. *Rev Esc Enferm USP.* 2012; 46(4):829-837.
10. Asinelli-Luz A, Júnior NF. Gênero, adolescências e prevenção ao HIV/AIDS. *Proposições.* Paraná. 2008; 19(2):81-96.
11. Venzant Zulueta S, Hechavarría Martínez BO, Núñez Antúnez L, Tamayo Gutiérrez G. Algunas consideraciones sobre las afecciones dermatológicas en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana/sida. *Medisan.* 2017; 21(12):7039-45.
12. Titou H, Ebongo C, Hjira N. Dermatologic manifestations among human immunodeficiency virus patients in Morocco and association with immune status. *Int J Dermatol.* 2018 Feb; 57(2):156-61.
13. Garg T, Sanke, S. Inflammatory dermatoses in human immunodeficiency virus. *Indian J Sex Transm Dis AIDS.* 2017 Jul-Dec; 38(2):113-20.
14. Foresto JS, Melo ES, Costa CRB, Antonini M, Gir E, Reis RK. Adesão à terapêutica antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em um município do interior paulista. *Revista Gaúcha de Enfermagem.* 2017; 38(1):1-7.
15. Ministério da Saúde (BR). Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: REVISÃO INTEGRATIVA

Gisélia de Moura Bezerra Cavalcanti^I

Lara Monteiro Costa Araújo^{II}

Carla Laís dos Santos Fernandes^{II}

Layza de Souza Chaves Deininger^{III}

RESUMO

A Sífilis é uma doença infecciosa bacteriana transmitida por vias sexual e vertical. O objetivo deste trabalho é identificar os fatores que mantêm a sífilis gestacional, como problema de saúde pública no Brasil, por meio da produção científica. Trata-se de uma revisão integrativa, feita na Biblioteca Virtual em Saúde, no período de 2011 a 2019. Os resultados observaram que, mesmo em grávidas que cumpriram todo o pré-natal, o diagnóstico é tardio e a não realização, ou o tratamento inadequado das gestantes e dos parceiros são os principais responsáveis pela transmissão vertical, que pode ter consequências graves para o feto. Além disso, pode-se observar também que o não registro do tratamento na documentação da gestante e demora de resultados de exames, para constatação do diagnóstico, dificultam ainda mais sua realização adequada. Conclui-se que há falhas importantes no pré-natal, tanto no diagnóstico quanto no tratamento, levando a transmissão vertical da sífilis.

PALAVRAS-CHAVE: Gravidez. Sífilis. Transmissão Vertical de Doença Infecciosa.

Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba – FCM/PB. Departamento de Medicina. CEP: 58039-170. João Pessoa - Paraíba, Brasil. Autor Correspondente: giseliabcavalcanti@hotmail.com.
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5190-1234>

Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE. Departamento de Medicina. CEP: 58067-695. João Pessoa - Paraíba, Brasil.
ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0003-3144-7182>; <http://orcid.org/0000-0002-3687-205X>

Enfermeira. Docente da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba – FCM/PB e Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE. Departamento de Medicina. CEP: 58039-170. João Pessoa - Paraíba, Brasil.
ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0001-5843-1805>

Submissão: 15/03/2019 Aceito: 09/07/19

DOI: 10.17695/revcsnevol17n3p25-36

INTRODUÇÃO

A Sífilis é uma Doença Sexualmente Transmissível (DST), causada pela bactéria *Treponema pallidum*, a qual apresenta três fases: primária, secundária e terciária, com manifestações, tempo e consequências específicos em cada caso.¹

O contágio da Sífilis ocorre por via sexual ou vertical, sendo essa última transmitida, durante a gestação, da mãe não tratada ou, inadequadamente tratada, para o filho, por disseminação hematogênica, através da placenta, constituindo a Sífilis Congênita (SC).^{1,2} A Transmissão Vertical pode acontecer em quaisquer fases da gestação e da doença, havendo maior probabilidade de infecção nas sífilis primária e secundária (50 a 100%)². Associam-se à ocorrência de sífilis: baixo nível socioeconômico, coinfeção por HIV, uso de drogas, gravidez na adolescência, comportamento sexual de risco, acesso limitado aos cuidados de saúde e o não tratamento do parceiro infectado.³

O diagnóstico da doença é realizado pelo Teste Rápido *Treponêmico* para Sífilis nas seguintes situações especiais: localidades e serviços de saúde sem infraestrutura laboratorial ou regiões de difícil acesso; CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento; segmentos populacionais mais vulneráveis às DSTs, de acordo com situação epidemiológica local; população indígena; gestantes e seus parceiros em unidades básicas de saúde, particularmente no âmbito da Rede Cegonha e outras situações especiais definidas pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde para ampliação do diagnóstico da sífilis. Todas essas descritas na Portaria nº 3.242 ou, ainda, por Microscopia e Exames Sorológicos *Treponêmicos* ou Não-*Treponêmicos* nos outros casos, todos esses seguindo o Fluxograma Laboratorial para a

Sífilis.⁴

Entre 1998 e 2018, segundo dados do Boletim Epidemiológico de Sífilis de 2018, do Ministério da Saúde, foram notificados no Sinan 188.445 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade. Durante o ano de 2017, 24.666 casos foram notificados, observando-se uma taxa de incidência de 8,6 casos/1.000 nascidos vivos no Brasil. Isso é extremamente preocupante, pois mesmo sendo de fácil prevenção e com recursos disponíveis, inclusive na assistência pré-natal, a prevalência da doença permanece alta. Essa situação traduz as falhas na assistência à saúde prestada à gestante.⁵ Um dos principais determinantes na redução das taxas de transmissão vertical da sífilis é a qualidade da assistência à gestação e parto, tendo como fundamento do controle da doença a triagem sorológica e o tratamento adequado da gestante e parceiros.³

São considerados casos de sífilis na gestação: gestante com evidência clínica de sífilis e/ou com sorologia não *treponêmica* reagente, com qualquer titulação, mesmo na ausência de resultado de teste *treponêmico*, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem.² Em 2017, foram notificados 49.013 casos de sífilis em gestantes, tendo uma taxa de detecção de 17,2 casos de sífilis em gestantes/1.000 nascidos vivos (28,4% superior à taxa observada no ano anterior). Quanto aos Estados, o Rio de Janeiro teve a taxa de detecção mais elevada em todo o país, 35,6 casos/1.000 nascidos vivos, 34,5% em relação ao ano anterior, e Roraima, 7,6 casos/1.000 nascidos vivos, a menor, após queda de 35% quando comparado a 2016.⁵ Além das manifestações maternas, as consequências da doença para o feto são alarmantes, as quais incluem: parto prematuro, surdez, cegueira, deficiência mental e morte.¹ Nos últimos dez anos, o coeficiente

de mortalidade infantil por sífilis no Brasil passou de 2,3/1.000 nascidos vivos em 2007 para 7,2/1.000 nascidos vivos em 2017, o que corresponde a 206 óbitos por sífilis em crianças menores de um ano.⁵

Diante desse aumento alarmante das

taxas de infecção vertical da Sífilis, além de suas consequências na morbimortalidade infantil do país, o presente trabalho buscou identificar os fatores que mantêm a Sífilis Gestacional como problema de saúde pública no Brasil por meio de produção científica.

MATERIAL E MÉTODOS

Adotou-se a revisão integrativa como método de síntese do conhecimento acerca do tema proposto, com o intuito de responder à questão norteadora << Por que a sífilis gestacional é um problema de saúde pública no Brasil? >>.

A revisão foi realizada por meio das seguintes etapas: 1- identificação do problema de revisão, 2- seleção dos estudos, 3- extração dos dados dos estudos selecionados, 4- avaliação dos estudos incluídos na revisão, 5- interpretação ou integração dos resultados, e 6- apresentação da revisão ou síntese do conhecimento presentes nos artigos analisados. Realizou-se uma revisão das publicações na área da saúde referente à transmissão vertical da Sífilis na Biblioteca

Virtual Bireme, buscando-se estudos nas bases de dados LILACS e MEDLINE. Com o intuito de obter informações mais atuais acerca do tema, preferiu-se produções científicas realizadas entre 2011 e 2019. Além disso, optou-se pelos termos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs): Gravidez, Sífilis, Transmissão Vertical de Doença Infecciosa.

Os descritores foram aplicados de forma combinada, empregando o operador booleano AND: “Transmissão Vertical de Doença Infecciosa AND Sífilis”, “Transmissão Vertical de Doença Infecciosa AND Gravidez” e “Sífilis AND Gravidez”, envolvendo as bases de dados LILACS e MEDLINE, no idioma português, uma vez que o intuito foi analisar a literatura brasileira acerca do tema (Tabela 1).

TABELA 1: Seleção dos estudos de acordo com o uso da combinação dos descritores e base de dados pesquisada

Base de dados	Estudos obtidos	Estudos excluídos	Estudos selecionados	Combinações de descritores
MEDLINE	4	2	2	“Transmissão vertical da doença infecciosa AND Sífilis”
	5	5	0	“Transmissão vertical da doença infecciosa AND Gravidez”
	28	24	4	“Sífilis AND Gravidez”
Sub Total	37	31	6	-
LILACS	14	12	2	“Transmissão vertical da doença infecciosa AND Sífilis”
	39	37	2	“Transmissão vertical da doença infecciosa AND Gravidez”
	123	117	6	“Sífilis AND Gravidez”
Sub Total	176	166	10	-
Total	213	197	16	-

Os critérios de exclusão foram: (a) artigos anteriores a 2011, (b) ausência de resumo online disponível, (c) estudos duplicados, (d) publicações do tipo relato de caso, editorial, informes técnicos, (e) monografias, teses e dissertações, (f) fuga ao tema. Inicialmente, os resumos foram lidos com o intuito de verificar se apresentavam o enfoque buscado, posteriormente foram lidos na íntegra e

excluídos conforme os critérios estabelecidos.

Foram encontrados 213 manuscritos que, após submetidos aos critérios de inclusão em uma seleção inicial, totalizou em 93 artigos. Posteriormente, os textos foram analisados e excluídos de acordo com os critérios pré-estabelecidos, obtendo-se 16 manuscritos na amostra final do estudo (Figura 1).

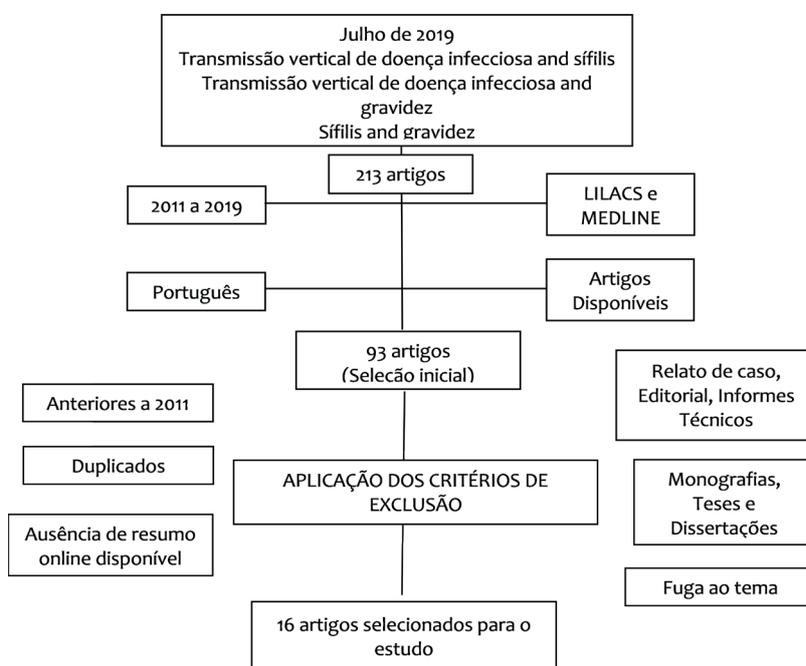


FIGURA 1. Fluxograma da pesquisa nas bases científicas

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise do material selecionado na literatura, optou-se pela divisão nas seguintes categorias: 1) Caracterização da sífilis gestacional e 2) Abordagem da sífilis no pré-natal pelos profissionais de Saúde.

Caracterização da sífilis gestacional

Foi constatado que em 85,7% a maioria das gestantes fizeram pré-natal, concluiu-se

em 28,5% que o início do acompanhamento gestacional foi ainda no primeiro trimestre e, 14,2%, no segundo trimestre. Em 57,1% dos artigos, o diagnóstico foi realizado tardiamente no momento do parto. A maioria das gestantes não foram tratadas adequadamente (42,8%) nem os parceiros (28,5%). Quanto aos recém nascidos, em 28,5% dos estudos foi concluído que eles realizaram o VDRL (Venereal Disease Research

Laboratory) ao nascer, em 28,5% foi possível analisar que os exames complementares não foram realizados e, em 14,2%, eles não foram tratados. Em 14,2%, mostrou os óbitos fetais causados pela sífilis. Constatou-se que nos estados do Amazonas, Ceará e Rio de Janeiro

a maior proporção de casos de sífilis em gestantes se concentrou em residentes da capital, em contrapartida, no Espírito Santo e no Rio Grande do Sul havia mais casos em outros municípios (Tabela 2).

TABELA 2. Relação dos trabalhos selecionados com a caracterização da sífilis gestacional

Autor	Ano	Título	Revista/ Base de dados	Resultados
Lafetá et al.	2016	Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle	Rev. Bras. Epidemiol./ LILACS	A maioria das gestantes realizou corretamente o pré-natal, porém o diagnóstico só foi realizado no parto, não sendo tratadas. A maioria dos recém-nascidos fizeram VDRL, sem exames complementares e foram tratados adequadamente. Os casos foram subnotificados.
Domingues et al.	2016	Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo "Nascer no Brasil"	Cad. Saúde Pública/ LILACS	A incidência de sífilis congênita foi 3,51 por mil nascidos vivos, a taxa de transmissão foi 34,3%. Geralmente, as gestantes realizaram pré-natal, iniciando no segundo trimestre, com número de consultas inadequados e apenas um VDRL.
Holanda et al.	2011	Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte - 2004 a 2007	Epidemiol. Serv. Saúde/LILACS	A taxa anual média de incidência de sífilis congênita foi 6 por mil nascidos vivos. As gestantes realizaram pré-natal, de 4 a 6 consultas, com diagnóstico tardio no parto, portanto, elas nem os parceiros foram tratados adequadamente. A maioria dos recém-nascidos foi reativo ao VDRL do sangue periférico.
Fernandes et al.	2014	Prevalência de HIV e Sífilis em parturientes atendidas em uma maternidade de referência na cidade de Marabá-Pará	Revista Paraense de Medicina/LILACS	A prevalência estimada de sífilis materna foi 1,9%. Normalmente, as gestantes realizaram pré-natal, iniciando no primeiro trimestre, com 1 a 5 consultas e diagnóstico tardio no parto.
Campos et al.	2012	Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual	Rev. Bras. Ginecol. Obstet./MEDLINE	Os parceiros ficaram cientes do resultado positivo durante o pré-natal. Em geral, as gestantes foram informadas da importância do tratamento do parceiro, os quais se trataram (56%), mas o tratamento foi inadequado (47,2%).
Nascimento et al.	2012	Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal	Rev. Bras. Ginecol. Obstet./ MEDLINE	A maioria das gestantes não possuíam antecedentes de aborto, cesárea ou óbito fetal. Realizaram pré-natal, uma ou duas consultas e o diagnóstico foi tardio. Na maioria dos óbitos fetais, a única causa foi a sífilis.
Kupek, Oliveira	2012	Transmissão vertical do HIV, da sífilis e da hepatite B no município de maior incidência de AIDS no Brasil: um estudo populacional no período de 2002 a 2007	Rev. Bras. Epidemiol./ LILACS	A incidência de sífilis congênita foi 3,12 por mil nascidos vivos. Na maioria dos casos de sífilis, as grávidas possuíam 7 ou mais consultas pré-natal, menos da metade recebeu o tratamento preconizado. Nas gestantes inadequadamente, ou não tratadas ou parceiro não tratado, a transmissão vertical foi 100%.
Saraceni et al.	2017	Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil	Rev. Panam. Salud. Publica	A taxa de incidência de sífilis congênita cresceu em quatro estados e no Distrito Federal entre 2007 e 2012, variando de 35,6% no Distrito Federal a 63,9% no Rio Grande do Sul. No Amazonas, houve redução de 0,7% na taxa de sífilis congênita no período.

Abordagem da sífilis no pré-natal pelos profissionais de Saúde

Foi constatado em 50,0% dos estudos que as gestantes não realizaram o pré-natal, ou o fizeram tardiamente. Em 62,5% dos artigos foi notado que não houve tratamento para os parceiros, poucos foram tratados, ou o fizeram de maneira incorreta, com 37,5% destes constatando a dificuldade que existe em abordá-los. Em 12,5% dos estudos, foi possível observar altas taxas de contaminação masculina. Em 37,5% dos artigos foi apontado que havia diferenças entre o relato da gestante e o que constava na sua documentação, sendo necessária a repetição do tratamento. Em 12,5% dos escritos foi abordado sobre a demora dos resultados dos exames. Em 25,0% foi relatado que os maiores índices de sífilis gestacional são em negras. Em 12,5% dos estudos foi observado que a região Centro-Oeste é a que apresenta maiores taxas de sífilis na gestação. Dentro de 25,0% dos artigos coletados foi analisado que a sífilis congênita pode ser controlada com diagnóstico precoce, tratamento correto, tanto da gestante quanto do parceiro, e um bom pré-natal. Em 12,5% destes foram observados índices menores dessa patologia em locais com Unidades de Saúde da Família (Tabela 3).

Constatou-se, em relação aos anos de publicação do material obtido, que 2 (12,5%) foram publicados em 2011, sete (43,7%) em 2012, três (18,7%) em 2013 e um (6,25%) em 2014, dois (12,5%) em 2016, uma (6,25%) em 2017. Nenhuma publicação de 2015, 2018 e 2019 foi selecionada. Quanto aos periódicos, os que mais exibiram publicações sobre o tema, deram ênfase em saúde pública, saúde coletiva e nas áreas de ginecologia e obstetrícia. São eles: Caderno de Saúde Pública com três estudos (18,7%), a Revista de Saúde Pública, Revista Brasileira de Epidemiologia, Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia com dois artigos cada uma (12,5%), Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil,

Epidemiologia e serviços de Saúde, Ciências & Saúde Coletiva, Revista Baiana de Saúde Pública, Revista Paraense de Medicina, DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Revista Panamericana de Salud Pública com um artigo cada (6,25%).

Com base nos artigos selecionados, o perfil epidemiológico da sífilis gestacional é constituído predominantemente por gestantes com menos de 30 anos, solteiras ou com parceiros íntimos e escolaridade incompleta. A maior parte delas realizou o pré-natal no primeiro, ou segundo trimestre e com números de consultas que variou entre os estudos. Entretanto, mesmo quando o número de consultas atingiu o recomendado pelo Ministério da Saúde (MS), o diagnóstico não foi realizado, pois o mínimo de testes sorológicos para sífilis preconizados no pré-natal não foi obedecido. Recomenda-se a realização de três VDRL no pré-natal, porém observou-se que, na maioria dos casos, apenas um foi feito, sendo o diagnóstico realizado apenas no momento do parto, impossibilitando o tratamento da gestante e do parceiro.^{4,8}

Normalmente, de acordo com dados estudados, os parceiros têm menos de 30 anos, relacionamento fixo com a gestante e são os pais da criança. Apesar de serem comunicados do diagnóstico ainda no pré-natal e se submeterem ao tratamento, a maior parte destes são considerados inadequadamente tratados.⁶ A transmissão vertical ocorreu em 100% dos casos e comprovou-se que gestante e o parceiro não foram tratados ou foram inadequadamente tratados.⁹ A incidência de sífilis congênita varia entre 3,12 casos a cada mil nascidos vivos⁹ e 3,51 casos para cada mil nascidos vivos⁷, comparando com o Canadá, que, entre 2010 e 2015, atingiu um percentual variante de 0,26 a 1,59 casos para cada 100.000 nascidos vivos, temos dimensão de como se trata de um problema de saúde pública no Brasil.²³

TABELA 3. Relação dos trabalhos selecionados com a caracterização da sífilis gestacional

Autor	Ano	Título	Revista/ Base de dados	Resultados
Magalhães et al.	2013	Sífilis materna e congênita: ainda um desafio	Caderno de Saúde Pública/MEDLINE	Ainda existem gestantes que não realizam o pré-natal. O principal motivo da inadequação do tratamento de sífilis em grávidas foi a ausência ou incorreto tratamento do parceiro. Observou-se que algumas gestantes tiveram que repetir o tratamento no momento do parto, por não possuírem provas deste.
Domingues et al.	2013	Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro	Ciênc. Saúde Coletiva/MEDLINE	Os profissionais de saúde afirmam que suas maiores dificuldades com relação a sífilis gestacional, são: início tardio do pré-natal, dificuldade de abordar os parceiros, demora nos resultados dos testes para a doença, falta de acesso ao teste treponêmico e a não adesão das gestantes
Domingues et al.	2013	Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal	Rev. Saúde Pública/LILACS	Notou-se uma maior prevalência de sífilis gestacional em negras, com baixa escolaridade e início tardio do pré-natal. Houve incompatibilidade entre o relato da gestante e o documentado no cartão gestacional. Não foi registrado tratamento para parceiros.
Domingues et al.	2012	Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil	Rev. Bras. Saúde Mater. Infant./LILACS	Algumas gestantes não sabiam informar sobre VDRL ou sífilis e não foram informadas desse diagnóstico. Tratamentos foram realizados de modo incorreto. Observou-se que dificuldades encontradas no manejo da doença estão relacionadas ao início tardio do pré-natal, demora dos resultados dos exames e não abordagem de parceiros.
Mesquita et al.	2012	Análise dos Casos de Sífilis Congênita em Sobral, Ceará: Contribuições para Assistência Pré-Natal	DST - J Bras Doenças Sex Transm/LILACS	A sífilis congênita pode ser controlada com diagnóstico precoce e tratamento coerente, através de consultas pré-natais, abordagem concreta do parceiro e presença do mesmo nas consultas. Importante dividir as consultas por toda a gestação e solicitar os exames nos trimestres adequados.
Araújo et al.	2012	Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família	Rev. Saúde Pública/LILACS	Foi relatada tendência de queda nos índices de sífilis congênita em locais abarcados pela Estratégia de Saúde da Família. Poucos parceiros tratados após o diagnóstico materno. Gestantes negras apresentaram maiores índices sem realização do pré-natal, menor acesso ao diagnóstico de sífilis e altas taxas de parceiros não tratados.
Saraceni, Miranda	2012	Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita	Cad. Saúde Pública/MEDLINE	A média nacional de sífilis gestacional gira em torno de 1,6%. A região centro-oeste foi a que apresentou maior razão observada/estimada para sífilis na gestação (38%).
Costa et al.	2011	HIV/AIDS e sífilis entre gestantes adolescentes e adultas jovens: fatores de exposição e risco dos atendimentos de um programa de DST/HIV/AIDS na rede pública de saúde/SUS, Bahia, Brasil.	Revista Baiana de Saúde Pública/LILACS	Observou-se 507 resultados positivos para sífilis, sendo destes 324 mulheres, com prevalência de 1,5% entre as gestantes estudadas, notando-se o alto índice de contaminação masculina.

Os recém-nascidos de mães sífilíticas geralmente nascem com mais de 37 semanas, assintomáticos e com peso Adequado para Idade Gestacional (AIG). Na maior parte dos casos, testou-se o VDRL do sangue periférico, sendo este reativo, porém ignoraram-se os dados, ou não foram realizados exames complementares, como VDRL no líquido e raio-x de ossos longos.^{4, 5}

A sífilis gestacional pode ocasionar desfechos desfavoráveis como óbito fetal ou neonatal, baixopeso ao nascer, prematuridade, internação em UTI neonatal, dentre outros.⁷ Em um estudo realizado acerca do óbito fetal, foi observado que normalmente as grávidas tiveram algum acompanhamento pré-natal, mas metade delas compareceram a uma ou duas consultas, não sendo diagnosticadas. Além disso, não tinham antecedentes de aborto, cesárea ou óbito fetal.¹⁰ O momento de admissão hospitalar foi realizado entre 28 e 36 semanas de gestação, com presença de trabalho de parto, porém sem batimentos cardíofetais. Na maioria dos óbitos fetais, a única causa clinicamente detectada relacionada foi a presença de sífilis.

Apesar da notificação compulsória, apenas 6,5% dos casos de sífilis gestacional e 24,1% de sífilis congênita foram notificados.⁴ Em relação as regiões brasileiras, a região Centro-Oeste tem o maior número de diagnósticos e de notificações da sífilis congênita.¹⁸

Portanto, observa-se que o pré-natal não está sendo realizado adequadamente, uma vez que as gestantes aderem ao mesmo, mas não são diagnosticadas precocemente ou tratadas de forma adequada, assim como seus parceiros. Além disso, a assistência aos recém-nascidos não está obedecendo a necessidade de exames complementares para sífilis. Na cidade de Nova Iorque, aproximadamente 88% das gestantes infectadas por sífilis entre 2010 e 2016 não a transmitiram para os seus filhos,

presumivelmente por causa do rastreamento e tratamento precoces, demonstrando o papel crítico que os provedores e sistemas de saúde pública desempenham na prevenção desta enfermidade.²²

Em relação a abordagem da sífilis no pré-natal pelos profissionais de Saúde, estudos apontaram a existência de puérperas que não realizaram o pré-natal. Mesmo sendo uma minoria, impede o diagnóstico da sífilis e, portanto, a abordagem dos profissionais de saúde.^{11,16}

Foi demonstrado que os trabalhadores da área de saúde relatam obstáculos na abordagem da sífilis, devido as gestantes iniciarem tardiamente o pré-natal, pelo não acompanhamento dos parceiros as consultas e pela dificuldade dos resultados dos exames, ou falta de acesso aos exames diagnósticos.^{12,14,17} Muitos tratamentos podem ser considerados inadequados por alguns profissionais não buscarem tratar também os parceiros.^{13,14} Além disso, pode-se concluir também, através da análise dos escritos que, com frequência, os profissionais prescrevem o segundo exame de sífilis para gestantes em épocas impróprias ao preconizado. Observou-se ainda que grande parte dos profissionais têm acesso aos manuais do Ministério da Saúde, que guiam sua abordagem, mas aproximadamente metade destes não os leem.^{11,15}

Profissionais de saúde também lidam com a problemática das gestantes perderem a documentação que relata tratamento de sífilis, ou não estar corretamente preenchida, havendo, em alguns casos, diferenças entre o que consta nos documentos e o que relata a paciente, que, na maioria das vezes, não é informada sobre a forma clínica da sífilis. Foi possível observar também, que as orientações para uso de preservativos nas relações sexuais e riscos de infecção do feto não se integrava nos cartões das gestantes, inexistindo

um local para esse dado.^{11,14} Estudos analisados mostraram que muitos parceiros se negam a utilizar preservativos, por afirmarem fidelidade, e as gestantes relataram constrangimento ao pedir aos parceiros para fazerem uso desse método. Ainda foi observado que algumas puérperas afirmam não saber o que é o VDRL nem a própria sífilis, e não sabem se esse exame foi solicitado.^{13,14} Além disso, notou-se que gestantes negras apresentam maiores índices de não realização do pré-natal, com pouco acesso ao diagnóstico da sífilis, devido a não comparecimento em consultas.^{13,16}

Com isso, foram percebidas

fragilidades no acompanhamento do pré-natal, uma vez que, mesmo com a adesão da maioria das gestantes, as quais realizam o mínimo de consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde, os exames e os tratamentos não são realizados no período correto nem de forma adequada. Contudo, normalmente o diagnóstico de sífilis na gestante é realizado tardiamente, ou até mesmo no momento do parto, impossibilitando o tratamento e, conseqüentemente, ocorrendo a transmissão vertical da doença. Além disso, os parceiros geralmente são tratados de forma inadequada, ou não realizam o tratamento por, muitas vezes, não serem informados da necessidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sífilis gestacional é um grave problema de saúde pública devido a alta prevalência e grande desconhecimento das gestantes, dos parceiros e até mesmo pela falha na assistência à Saúde.

Portanto, é necessária a sensibilização dos profissionais de saúde e a melhoria na qualidade da assistência prestada durante pré-natal. Assim, é fundamental a função da Atenção Básica no intuito da captação precoce

das gestantes para que o pré-natal seja iniciado nos primeiros meses e, com isso, a realização do diagnóstico o quanto antes.

Ao detectar a doença, os profissionais devem incentivar as gestantes a realizarem o tratamento completo, assim como o de seus parceiros. As ações educativas devem ser encorajadas com o intuito de conscientizar a população a se prevenir.

VERTICAL SYPHILIS TRANSMISSION IN PRIMARY ATTENTION: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT

Syphilis is a bacterial infectious disease transmitted by sexual and vertical routes. The objective is to review the scientific production of vertical syphilis transmission. This is an integrative review carried out in the Virtual Health Library, from 2011 to 2016. The results observed that even in pregnant women who undergo prenatal care, the diagnosis is late, and the failure to perform or inadequate treatment of pregnant women and partners are primarily responsible for vertical transmission, which can have severe consequences for the fetus. Also, we can observe the non-registration of the treatment in the documentation of the pregnant woman and delay of results of exams to verify the diagnosis, making it even more difficult to perform it properly. It is concluded that there are essential failures in prenatal care, both in diagnosis and in treatment, leading to the vertical transmission of syphilis.

KEYWORDS: Pregnancy. Syphilis. Infectious Disease Transmission Vertical.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). PROTOCOLO PARA A PREVENÇÃO DE TRANSMISSÃO VERTICAL DE HIV E SÍFILIS. Brasília-DF. 2007. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/protocolo-bolso02web.pdf>.
2. SÍFILIS CONGÊNITA E SÍFILIS NA GESTAÇÃO. Ver. Saúde Pública 2008;42(4):768-72. São Paulo-SP. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/itss.pdf>.
3. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias AI, Calderon IMP. SÍFILIS MATERNA E CONGÊNITA: AINDA UM DESAFIO. Cad. De Saúde Pública 2013. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2013001000008&script=sci_arttext&lng=pt.
4. Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 3.242 DE DEZEMBRO DE 2011. Gabinete do Ministro. 2012 2 Jan. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/233/portaria_3242_12_pdf_28838.pdf.
5. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO – SÍFILIS ANO 2018. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde (MS). 2018 49(45). Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/tags/publicacoes/boletim-de-sifilis>.
6. Lafetá KRG, Martelli Júnior H, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. São Paulo – SP. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2016 Jan/Mar 19(1). Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000100063#aff1.
7. Holanda MTCCG, Barreto MA, Machado KMM, Pereira RC. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte - 2004 a 2007. Brasília – DF. Epidemiologia e Serviço de Saúde. 2011 Jun 20(2). Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2011000200009&lng=pt&nrm=iso&lng=pt.

8. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Andrade RFV, Gonçalves MLC. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. Rio de Janeiro – RJ. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2012 34 (9). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0100-72032012000900002.
9. Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. Rio de Janeiro – RJ. Caderno de Saúde Pública. 2016 32(6). Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000605002.
10. Fernandes HD, Araújo EC, Neves DCO, Ribeiro KTS. Prevalência de HIV e Sífilis em parturientes atendidas em uma maternidade de referência na cidade de Marabá-Pará. Revista Paraense de Medicina. 2014 Jul-Set 28(3). Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2014/v28n3/a4531>.
11. Kupek E, Oliveira JF. Transmissão vertical do HIV, da sífilis e da hepatite B no município de maior incidência de AIDS no Brasil: um estudo populacional no período de 2002 a 2007. São Paulo – SP. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2012 15(16). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1415-790X2012000300004.
12. Nascimento MI, Cunha AA, Guimarães EV, Alvarez FS, Oliveira SRSM, Bôas ELV. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. Rio de Janeiro – RJ. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2012 34(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0100-72032012000200003.
13. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. Rio de Janeiro – RJ. Caderno de Saúde Pública. 2013 29(6). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0102-311X2013000600008.
14. Domingues RMSM, Lauria LM, Saraceni V, Leal MC. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro – RJ. Ciência e Saúde Coletiva. 2018 18(5). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1413-81232013000500019.
15. Domingues RMSM, Saraceni M, Hartz ZMA, Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. São Paulo – SP. Revista de Saúde Pública. 2013 47(1). Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000100019.
16. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Leal MC. Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil. Recife – PE. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2012 12(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292012000300007.
17. Mesquita KO, Lima GK, Filgueira AA, Flôr SMC, Freitas CASL, Linhares MSC, et al. Análise dos Casos de Sífilis Congênita em Sobral, Ceará: Contribuições para Assistência Pré-Natal. DST - J bras Doenças Sex Transm. 2012 24(1). Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista24-1-2012/7.Analise%20dos%20Casos%20de%20Sífilis%20Congenita.pdf>.
18. Araújo CL, Shimizu HE, Sousa AIA, Hamann EM. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da

Família. São Paulo – SP. Revista de Saúde Pública. 2012 46(3). Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000300010.

19. Costa MCO, Santos BC, Souza KEP, Cruz NLA, Santana MC, Nascimento OC. HIV/AIDS e Sífilis entre gestantes adolescentes e adultas jovens: Fatores de exposição e risco dos atendimentos de um programa de DST/HIV/AIDS na rede pública de saúde/SUS, Bahia, Brasil. Revista Baiana de Saúde Pública. 2011 35(1). Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35nSupl1/a2308.pdf>.

20. Saraceni V, Miranda AE. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. Rio de Janeiro – RJ. Cadernos de Saúde Pública. 2012 28(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300009.

reira GFM, Silveira MF, Araújo MAL, Miranda AE. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. Rio de Janeiro – RJ. Revista Panamericana de Salud Pública. 2017 41:e44. Disponível em: https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1020-49892017000100252.

22. Slutsker JS, Hennessy RR, Schillinger JA. Factors Contributing to Congenital Syphilis Cases — New York City, 2010–2016. New York. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2018 67(39). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6171893/>

23. Choudhri Y, Miller J, Sandhu J, Leon A, Aho J. Infectious and congenital syphilis in Canada, 2010–2015. Ottawa. Canada Communicable Disease Report. 2018 44(2). Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5864261/>.

INFLUÊNCIA DOS HORMÔNIOS SEXUAIS NA REGULAÇÃO FISIOLÓGICA DA RESPIRAÇÃO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Wesley Barbosa Sales^I

Renata Ramos Tomaz^{II}

RESUMO

O Sistema Respiratório é responsável por oxigenar todo o sangue que esteja pobre em oxigênio (O₂) e remover do nosso sangue o gás carbônico (CO₂). Mesmo que não haja regulação dos hormônios sexuais, referentes ao processo de respiração, a literatura mostra que há influência, principalmente quando estes podem apresentar ação estimulante ou inibitória sobre o sistema respiratório. O estudo teve como objetivo revisar a literatura sobre os efeitos dos principais hormônios sexuais, envolvidos na regulação fisiológica da respiração, assim como sua influência na fisiopatologia de distúrbios respiratórios, evidenciando sua contribuição a nível de SNC (controladores respiratórios), pulmonares locais e vias aéreas. Trata-se de uma revisão de literatura, sendo usado os descritores com base DeCS (descritores de assunto em ciências da saúde da Bireme), em inglês e português: “Hormônios Esteroides Gonadais-Steroid Hormones”, “Respiração- Respiration”, “Sistema Respiratório- Respiratory System”. Foram consultadas as bases de dados eletrônicas PubMed, Web Of Scienci e SciELO. Os estudos incluídos nesta revisão foram baseados em ensaios clínicos e metanálises, estudos que abordassem bem os efeitos dos hormônios sexuais do aparelho respiratório, e estudos publicados nos últimos 5 anos, com exceção de 1 artigo que foi considerado referência base para estudos desta temática. Os critérios de exclusão foram trabalhos publicados em anais de congresso, resumos de eventos científicos e artigos que não estavam disponíveis na íntegra. Observou-se uma crescente linha de evidências de que os hormônios sexuais têm um importante papel em praticamente todos os processos fisiológicos, inclusive na respiração. Os hormônios estrógeno, progesterona e testosterona podem influenciar a função respiratória em animais e em humanos.

PALAVRAS-CHAVE: Hormônios Esteroides Gonadais. Fisiologia. Sistema Respiratório.

Acadêmico do curso de Fisioterapia. Departamento de Fisioterapia. Centro Universitário Maurício de Nassau - UNINASSAU/JP. CEP: 58083574, João Pessoa, Paraíba. Brasil. E-mail: wesleysales8@gmail.com.
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6553-6266>

Doutora em Fisioterapia pelo Programa de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Departamento de Pneumopediatria. Docente do Centro Universitário Maurício de Nassau - UNINASSAU/JP. CEP: 58053000, João Pessoa, Paraíba, Brasil.
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5928-2431>

Submissão: 06/02/2019 Aceito: 29/09/19
DOI: 10.17695/revcsnevol17n3p37-43

Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança. João Pessoa-PB. 2019; 17(3): 37-43

INTRODUÇÃO

A função básica do sistema respiratório é suprir o organismo com oxigênio (O₂) e dele remover o produto gasoso do metabolismo celular, isto é, o gás carbônico (CO₂).¹ A literatura científica defende que a respiração não é regulada por hormônios específicos, mas sofre influência de vários deles, pois estes podem apresentar ação estimulante ou inibitória sobre o sistema respiratório.^{1,2,3} Nos últimos anos, tem havido uma crescente conscientização de que os hormônios sexuais têm um importante papel em praticamente todos os processos fisiológicos, inclusive na respiração.^{1,3,4}

Os hormônios estrógeno, progesterona e testosterona podem influenciar a função respiratória em animais e em humanos.¹ Em adição, vários distúrbios respiratórios, tais como a apneia obstrutiva do sono, a Síndrome da Morte Súbita do lactente e a Síndrome de Rett também apresentam claras diferenças sexuais nas suas prevalências, conferindo a importância dos hormônios sexuais no controle da respiração.^{1,2}

O efeito dos hormônios sobre o sistema respiratório tem sido estudado a várias

décadas. Entretanto, a influência específica dos hormônios sexuais foi confirmada há cinco décadas, quando foi observado que as respostas ventilatórias diferem entre os gêneros e variam de acordo com a fase do ciclo menstrual.^{1,4}

A localização de múltiplos receptores de progesterona, estrógeno, andrógeno, prolactina, hormônio luteinizante e gonadotrofina coriônica humana sugerem que estes hormônios podem agir em vários tecidos, incluindo traqueia, pulmões, cérebro e tronco cerebral.^{1,5} O conhecimento das interações entre hormônios sexuais e respiração propicia novas perspectivas em terapias e estimula pesquisas no intuito de investigar em como o sistema hipotálamo-hipofisário-gonadal influencia no controle da respiração.⁵

O presente artigo tem o objetivo de revisar evidências do efeito dos principais hormônios sexuais, envolvidos na regulação fisiológica da respiração, assim como sua influência na fisiopatologia de distúrbios respiratórios, evidenciando sua contribuição à nível de SNC (Controladores Respiratórios), pulmonares locais e vias aéreas.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo é caracterizado como sendo uma revisão de literatura e os descritores foram selecionados com base DeCS (Descritores de Assunto em Ciências da Saúde da Bireme). Foram consultadas as bases de dados eletrônicas PubMed, Web Of Scienc e SciELO, utilizando os seguintes descritores em inglês e português: “Hormônios Esteroides Gonadais-Steroid Hormones”, “Respiração- Respiration”,

“Sistema Respiratório- Respiratory System”. A busca eletrônica inicial resultou em 703 estudos e, após a aplicação dos critérios de inclusão, 11 artigos foram selecionados. Os estudos incluídos nesta revisão foram baseados em ensaios clínicos e metanálises, análises que abordassem bem os efeitos dos hormônios sexuais do aparelho respiratório e textos publicados nos últimos 5 anos, com exceção de 1 artigo que foi

considerado referência base para estudos desta temática. Os critérios de exclusão foram trabalhos publicados em anais de congresso,

resumos de eventos científicos, e artigos que não estavam disponíveis na íntegra.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Existe consenso na literatura científica de que a respiração sofre influência hormonal, pois estes podem apresentar ação estimulante ou inibitória sobre o sistema respiratório,^{1,2,3,10} como observado na Tabela 1.

Nos últimos anos, tem havido uma crescente conscientização de que os hormônios sexuais têm um importante papel em praticamente todos os processos fisiológicos, inclusive na respiração.⁶

Tabela 1: Hormônios e substâncias consideradas estimulantes e inibidoras do sistema respiratório

ESTIMULANTES	INIBIDORES
Hormônio do crescimento (GH)	Somatostatina
Fator insulínico de crescimento (IGF-1)	TSH
Progesterona	Glicina
Testosterona	Neuropeptídeo Y
Fator de liberação de corticotrofina	Ácido gamaaminobutílico
Tireoxina	
Estrógenos	
Cortisol	
Epinefrina	
Leptina	
Neuropeptídeo Y	
Serotonina	
Histamina	

Fonte: Adaptado de Saaresranta⁶

Influência dos hormônios sexuais sobre o controle respiratório

O controle ventilatório é um processo complexo e multifatorial, regulado por mecanismos neurais hierarquicamente organizados, composto por três elementos básicos: os sensores que captam as informações acerca das pressões parciais de

O₂ e CO₂ e informam aos centros superiores; o controlador central que coordena as aferências neurais e ajustam o comando; os efetores que promovem a ventilação.²

Os hormônios sexuais apresentam influência sobre o controle respiratório, pois o cérebro é um dos principais alvos dos hormônios esteroides, por conter um número significativo de enzimas esteroides Biosintética.^{2,3}

A progesterona é considerada como um potente estimulador do centro respiratório.^{1, 4} Esta informação corrobora com pesquisas que demonstram que, durante a gravidez, ocorre um forte aumento da excitabilidade do centro respiratório com uma subsequente diminuição da pCO₂ alveolar, sugerindo que a sensação de dispneia referida por algumas mulheres, durante a gravidez, possa estar intimamente relacionada a questões hormonais e não apenas a alterações biomecânicas.^{2, 5}

Estudos revelam que a combinação de progesterona e estrógenos é eficaz no tratamento de distúrbios respiratórios como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e a Síndrome da Apneia do Sono (SAS).⁷ Em relação a testosterona, existem poucos relatos a cerca dos efeitos no controle respiratório. Alguns afirmam que a testosterona pode ser considerada como um supressor do drive respiratório hipercápnico durante o sono, justificando a maior prevalência de SAS em homens.^{7, 8}

Influência da progesterona sobre o sistema respiratório

A progesterona é um potente estimulador do centro respiratório. A localização de múltiplos receptores de progesterona sugere que este hormônio possa agir em vários tecidos, incluindo traqueia, pulmões, cérebro e tronco cerebral.^{1, 5} O aumento da secreção de progesterona pode explicar a hiperventilação e a diminuição de CO₂, durante a gravidez e a fase lútea do ciclo menstrual. Estas mudanças cíclicas cessam após a menopausa.⁹ Em mulheres pré-menopausa, as respostas ventilatórias são aumentadas durante a fase lútea vs. fase folicular do ciclo menstrual, e são superiores quando comparado aos homens, independentemente da fase do ciclo menstrual.^{2, 4, 6} Durante o sono, as respostas hipoxêmicas são menores em mulheres do

que em homens confirmando mais uma vez as diferenças resultantes do gênero no controle ventilatório.⁷ Com a diminuição dos níveis séricos de progesterona, durante o período da menopausa, as mulheres evoluem com a perda desse fator de proteção e podem apresentar distúrbios respiratórios como a AOS.^{7, 8, 9}

Possivelmente, pelo aumento do drive respiratório em geral, a progesterona também aumenta a função das vias aéreas superiores, podendo haver influência dos hormônios sexuais femininos na atividade eletromiográfica dos músculos das vias aéreas superiores e observaram que a progesterona tem impacto substancial e significativo sobre a atividade do músculo genioglosso. Esta informação sugere que a progesterona pode ser considerada como um fator de proteção para o desenvolvimento da Síndrome da Apneia do Sono.^{2, 9}

Influência dos estrógenos sobre o sistema respiratório

Assim como a progesterona, os estrógenos fazem parte da complexa rede de hormônios ovarianos. Os estrógenos normalmente encontrados na espécie humana são: 17 β estradiol (E₂), estrona (E₁) e estriol (E₃). O estriol, produto metabólico do 17 β estradiol, em condições normais é secretado em pequenas quantidades, aumentando durante a gravidez, quando então é secretado pela placenta a partir de precursores fetais. Os estrógenos também podem ser produzidos por conversão periférica em outros tecidos como, por exemplo, o tecido adiposo. O papel do tecido adiposo como fonte de estrona é bem evidente após a menopausa.^{9, 10}

Mulheres com ciclo menstrual regular têm menos episódios de hipopneia, durante a fase lútea, quando os níveis séricos de estrógeno e progesterona estão elevados. Como o estradiol necessita da regulação dos receptores de progesterona,

seus efeitos sobre o sistema respiratório são semelhantes ao da progesterona.^{4,7} Já no período da menopausa, mulheres que fazem uso de terapia de reposição hormonal apresentam menos episódios de obstrução brônquica, embora existam evidências de que o estrógeno pode deteriorar a respiração de pacientes com asma e estas necessitem fazer uso de uma quantidade maior de broncodilatadores.¹⁰

Nesse contexto, alguns estudos demonstram associação positiva entre terapia de reposição de estrógeno e sintomas asmáticos. O broncoespasmo induzido por estrógeno em mulheres pós-menopausa com obstrução severa de vias aéreas está bem relacionado com o uso de contraceptivos orais.^{8,9}

Influência da testosterona sobre o sistema respiratório

Embora a testosterona seja um hormônio sexual masculino, ela pode ser encontrada, em baixas concentrações, em mulheres. Apesar de ser o único andrógeno que tem sido atribuído ao controle respiratório o seu papel ainda não está bem esclarecido.¹¹

Evidências apontam que a testosterona aumenta a resistência ventilatória hipóxica e a taxa metabólica aumentando o risco da AOS.^{9,10} Em homens com doença respiratória crônica as concentrações séricas de testosterona correlacionam-se positivamente com a PaO₂.^{10,11}

Autores defendem que anormalidades endócrinas são revertidas três meses de terapia com pressão positiva contínua em vias aéreas (CPAP). Contudo, níveis de testosterona têm sido observados em pacientes com AOS sem qualquer efeito a partir do tratamento de CPAP.¹¹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificou-se uma grande relação dos hormônios sexuais nos processos fisiológicos, inclusive na respiração. Sendo destaque os hormônios estrógeno, progesterona e testosterona que podem intervir diretamente na função do sistema respiratório, tanto em animais quanto em humanos. Mais estudos sobre a relação dos hormônios sexuais e a

respiração devem ser estimulados, assim como a relação desses hormônios com os demais sistemas. Estes novos estudos podem diretamente intervir nas terapias usadas nos pacientes, proporcionando sempre a melhor conduta terapêutica, com as particularidades para cada indivíduo.

INFLUENCE OF SEX HORMONES ON PHYSIOLOGICAL REGULATION OF BREATHING: A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT

The respiratory system is responsible for oxygenating all blood that is low in oxygen (O₂) and removing our blood of carbon dioxide (CO₂). Even if there is no use of sex hormones related to the breathing

process, the literature shows that there is an influence, especially when they may have stimulating or inhibiting action on the respiratory system. This study aimed to review the literature on the effects of the primary sex hormones affected by the physiology of breathing, as well as their influence on the pathophysiology of respiratory diseases, highlighting their contribution to the level of the CNS (respiratory controllers), local lungs and airways. The study is selected as a literature review, and this search was conducted in the second half of 2019. Descriptors were selected based on DeCS (Bireme health science subject descriptors). They were consulted as electronic databases PubMed, Web of Science, and SciELO, using the following descriptors in English and Portuguese: “Gonadal Steroid Hormones - Steroid Hormones,” “Breathing-Breathing,” “Respiratory System-Respiratory System.” The studies included in this review were conducted in clinical trials and meta-analyses, studies that address well the effects of respiratory hormones, and studies published in the last five years, except for one article that was considered based on studies on this subject. Exclusion criteria were congress proceedings, abstracts of scientific events, and articles that were not fully available. Observe a growing line of sex hormones that play an essential role in virtually all physiological processes, including breathing. The hormones estrogen, progesterone, and testosterone may influence respiratory function in animals and humans.

KEYWORDS: Gonadal Steroid Hormones. Physiology. Respiratory System.

REFERÊNCIAS

- 1- Al-Shamkhi N, Alving K, Dahlen SE, Hedlin G, Middelveld R, Bjerg A, Ekerljung L, Olin AC, Sommar J, Forsberg B, Janson C, Malinovschi A. Important non-disease-related determinants of exhaled nitric oxide levels in mild asthma - results from the Swedish GA(2) LEN study. *Clin Exp Allergy*. 2016 Sep; 46(9):1185-93.
- 2- Boukari R, Laouafa S, Ribon-Demars A, Bairam A, Joseph V. Ovarian steroids act as respiratory stimulant and antioxidant against the causes and consequences of sleep-apnea in women. *Respir Physiol Neurobiol*. 2017 May; 239:46-54.
- 3- Chen HH, Lu J, Guan YF, Li SJ, Hu TT, Xie ZS, Wang F, Peng XH, Liu X, Xu X, Zhao FP, Yu BL, Li XP. Estrogen/ERR- α signaling axis is associated with fiber-type conversion of upper airway muscles in patients with obstructive sleep apnea hypopnea syndrome. *Sci Rep*. 2016 Jun; 6:27088.
- 4- Frump AL, Selej M, Wood JA, Albrecht M, Yakubov B, Petrache I, Lahm T. Hypoxia Upregulates Estrogen Receptor β in Pulmonary Artery Endothelial Cells in a HIF-1 α -Dependent Manner. *Am J Respir Cell Mol Biol*. 2018 Jul; 59(1):114-26.
- 5- Wang X, Pan L, Zou Z, Wang D, Lu Y, Dong Z, Zhu L. Hypoxia reduces testosterone synthesis in mouse Leydig cells by inhibiting NRF1-activated StAR expression. *Oncotarget*. 2017 Mar; 8(10):16401-13.
- 6- Saaresranta T, Polo O. Hormones and breathing. *Chest*. 2002 Dec; 122(6):2165-82.
- 7- Levental S, Picard E, Mimouni F, Joseph L, Samuel TY, Bromiker R, Mandel D, Arish N, Goldberg S. Sex-linked difference in blood oxygen saturation. *Clin Respir J*. 2018 May; 12(5):1900-04.
- 8- Molina FD, Suman M, Carvalho TBO, Piatto SRT; Maniglia JV, Tognola, WA. Avaliação dos níveis séricos de testosterona em pacientes com síndrome da apneia obstrutiva do sono. *Braz. J. Otorhinolaryngol*. vol.77 no.1 São Paulo Jan./Feb. 2011.

9- Peixoto C, Grande AJ, Mallmann MB, Nardi AE, Cardoso A, Veras AB. The effects of dehydroepiandrosterone on sexual function: a systematic review. *CNS Neurol Disord Drug Targets*. 2018; 17 (9):706-11.

10- Grimm A, Biliouris EE, Lang UE, Götz J, Mensah-Nyagan AG, Eckert A. Sex hormone-related neurosteroids differentially

rescue bioenergetic deficits induced by amyloid- β or hyperphosphorylated tau protein. 2016 Jan; 73 (1):201-15.

11- Yu RM, Chaturvedi G, Tong SK, Nusrin S, Giesy JP, Wu RS, Kong RY. Evidence for microRNA-mediated regulation of steroidogenesis by hypoxia. *Environ Sci Technol*. 2015 Jan; 49 (2):1138-47. *Environ Sci Technol*. 2015 Jan; 49 (2):1138-47.

MÉTODO CANGURU: CUIDADO HUMANIZADO NO PERÍODO PUERPERAL

Julião Jerônimo Leite Junior^I
Monique Carolina Amaral Pereira^I
Sônia Mara Gusmão Costa^{II}

RESUMO

O Método Canguru, ou contato pele a pele, foi criado na Colômbia, na década de 1970, com intuito de promover o cuidado ao recém-nascido pré-termo, ou de baixo peso, na ausência de incubadoras. É um modelo voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial. O estudo tem como objetivo apreender os relatos e as angústias vivenciadas pelas mães internadas no setor do Método Canguru, a partir de visitas, realizadas semanalmente ao serviço. Trata-se de um relato de experiência com abordagem descritiva, qualitativa e exploratória, construído com base em artigos científicos e vivências de estudantes do curso de medicina, envolvidos no Projeto de Extensão: Observatório do Cuidado Humanizado do Pré-Parto e Parto, realizado no Instituto Cândida Vargas. Contudo, foi possível perceber alterações psicológicas das puérperas fragilizadas e hiperemotivas, algumas apresentando o fenômeno baby blue. Foram evidenciadas necessidades de apoio psicológico e de realização de oficinas terapêuticas, grupos operativos e rodas de conversa, concomitantemente com a oferta de terapias alternativas.

PALAVRAS-CHAVE: Puerpério. Mulher. Humanização.

Acadêmicos do Curso de Medicina. Departamento de Medicina. Faculdade de Medicina Nova Esperança/Famene. CEP: 58067-695. João Pessoa, Paraíba, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-3199-0938>; <https://orcid.org/0000-0002-2703-0862>

Doutora em Enfermagem. Professor, Curso de Medicina. Departamento de Medicina. Faculdade de Medicina Nova Esperança/Famene. CEP: 58067-695. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: sonia.gusmaocosta@yahoo.com.br
<https://orcid.org/0000-0002-9433-2932>

INTRODUÇÃO

O Método Canguru (MC) fundamenta-se no processo de desenvolvimento contínuo do recém-nascido (RN), com algumas possibilidades de fazer assistência neonatal em um contexto mais amplo.¹ Busca-se, com esse método, o resgate dos conhecimentos fisiológicos, psicológicos e neurológicos do ser humano que consideram o sujeito de forma integral e não apenas sistemas isolados.^{1,2} A prática do MC tem o objetivo de atingir uma redução expressiva da morbimortalidade neonatal, valorização da atenção ao recém-nascido de baixo peso (RNBP), promoção do aleitamento materno exclusivo, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, promoção das imunizações, prevenção e controle de infecções perinatais.^{1,3}

O MC associa evidências modernas da atenção ao RN, com ênfase a atenção psicoafetiva, de forma igualitária à mãe, à criança e à família,¹ implicando uma mudança de paradigma na atenção perinatal em que as questões pertinentes a atenção humanizada não se dissociam, mas se complementam com os avanços tecnológicos.²

A atuação começa na primeira etapa que corresponde ao nascimento de um bebê pré termo e/ou de baixo peso, através da identificação das gestantes com risco dessa ocorrência. Nessa situação, a futura mãe e sua família recebem orientações e cuidados específicos.^{3,4} Com o nascimento e havendo necessidade de permanência na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e/ou Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN), especial atenção é dada no sentido de estimular a entrada dos pais nesses locais e de estabelecer contato pele a pele com o RN, de forma gradual e crescente, de maneira segura e agradável para ambos.⁵ Trabalha-se o estímulo

a lactação e a participação dos pais nos cuidados com o RN, momento em que a posição canguru é proposta como a desejada.^{4,5}

A segunda etapa do método exige estabilidade clínica do RN, ganho de peso regular, segurança materna, interesse e disponibilidade da mãe em permanecer com a criança o maior tempo desejado e possível.⁶ A posição canguru é realizada pelo período que ambos considerarem seguro e agradável. A terceira etapa se inicia com a alta hospitalar e exige acompanhamento ambulatorial criterioso do bebê e de sua família.^{3,6}

O MC é realizado por uma equipe multidisciplinar, capacitada na metodologia de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso (RNBP).¹ É uma estratégia oportuna para atender mães e recém-nascidos que demandam cuidados especiais. O cuidado materno e o contato direto pele a pele com o RN diminuem os efeitos adversos de quando são separados precocemente, como sequelas neurológicas e atraso do desenvolvimento infantil. Além disso, essa relação mais íntima fornece assistência e conforto suficiente para o RN e problemas como o ganho de peso tornam-se mais fáceis de solucionar.^{5,6}

Apesar do crescimento significativo no número desse setor nas unidades hospitalares, há poucas informações disponíveis a respeito dos sentimentos das mães que vivenciam o MC. Isso possivelmente se deve ao fato de a expansão do método ser recente, já que, mesmo havendo diversas pesquisas sobre o tema na área da saúde, são poucos os relatos de experiência. Assim, este trabalho buscou apreender os relatos e as angústias vivenciadas pelas mães internadas no setor do MC, a partir das visitas dos extensionistas, realizadas semanalmente ao serviço.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo traz uma abordagem descritiva, qualitativa e exploratória sobre as vivências dos extensionistas do projeto Observatório do Cuidado Humanizado no Pré-Parto e Parto, da Faculdade de Medicina e Enfermagem Nova Esperança (Famene). O cenário previamente escolhido pelos estudantes para a aprendizagem foram os alojamentos do Método Canguru (MC) do Instituto Cândida Vargas (ICV), na cidade de

João Pessoa (PB).

Uma vez por semana foram oferecidas atividades de apoio emocional e físico para as puérperas do MC, servindo como base para a construção de diálogos com escuta qualificada das puérperas. Durante as práticas dos extensionistas, foi mantido um diário de campo para registro de experiências e reflexões, como base para a discussão deste relato de experiência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O projeto se coloca em observatório nos momentos de escuta e diálogo entre as puérperas, extensionistas e profissionais do ICV, o que torna possível a formação de vínculos e favorece a tentativa de resolubilidade de situações de saúde demandadas por elas, seja de ordem física ou emocional. Nas visitas, verificamos que os efeitos psicológicos e fisiológicos, durante o período no MC (Método Canguru), levam, por consequência, a um aumento da fragilidade dessas puérperas.

Através das vivências semanais dos extensionistas no Instituto Cândida Vargas (ICV) durante o ano de 2018, constatamos que a maternidade oferta cuidado integral ao binômio mãe-bebê como preconizado pela Rede Cegonha e a disponibilidade de uma linha de cuidado ao recém-nascido que pode se iniciar, a depender do caso, na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), ou na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN) e, por fim, o MC.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), o MC é um modelo de assistência perinatal voltado para a melhoria da qualidade do cuidado, que parte dos princípios da atenção

humanizada, reduzindo o tempo de separação entre mãe e recém nascido favorecendo o vínculo.¹ Durante as visitas realizadas, também percebemos a eficiência do MC no tratamento dos RNBP pois os neonatais atingem bons níveis de desenvolvimento e obtêm alta hospitalar em um tempo ideal, geralmente em semanas ou, nos casos mais complexos, levando um mês.

A vinculação do cuidado em saúde com a família fica evidente, principalmente a mulher/mãe, que é requisitada pelos serviços a permanecer e a acompanhar o RN, durante o período de internação.⁷ O argumento técnico fundamenta-se nos benefícios que o Método assegura ao desenvolvimento e à recuperação do RN. Os benefícios assegurados ao RN pelo acompanhamento da mulher/mãe, do homem/pai e demais integrantes da família são amplamente reconhecidos e debatidos pela literatura especializada⁹. Contudo, o que se problematiza é a sobrecarga de atribuições centrada na mulher/mãe do RN para sua participação no MC.

Vale salientar que, de acordo com o observado nas visitas, os principais usuários do

setor MC são os RN (0-27 dias) e lactentes (após 28 dias), mães e pais. Mães e bebês ficam alojados no local, vivenciando-o por períodos longos.

Os pais não costumam pernoitar na unidade, mas sua presença é estimulada, tendo em vista a importância do apoio emocional às mães e aos bebês.⁸ As mães, em geral, não apresentam nenhuma disfunção ou patologia e sua permanência no local visa cuidar dos bebês. No entanto, cabe destacar que muitas delas ainda estão se recuperando do parto, ou da cesárea, e nesse sentido o apoio familiar e institucional é de extrema relevância para essas mulheres.^{6,8}

Entendemos que o método trouxe importantes benefícios para a relação mãe-bebê e que o referido procedimento também acarreta para a mulher um conjunto de atividades que se somam a outras previstas com o exercício da maternidade. Tal fato pode inviabilizar o desenvolvimento do Método, caso a mulher não tenha disponibilidade e desejo de realizá-lo, ou ainda não conte com outros familiares do RN para partilhar as ações.⁹

Embora o MC seja de grande importância para os recém nascidos, em determinadas circunstâncias coloca algumas dessas mães em processo de isolamento com o bebê, devido à ausência da família. A insegurança em estar sozinha e a surpresa de encontrar-se internada, pode ser prejudicial para a saúde mental delas. Algumas mulheres, em torno do terceiro dia, após o parto, apresentam depressão precoce ou baby blue, um estado de fragilidade e hiperemotividade. O choro e a tristeza são acompanhados por sentimentos de falta de confiança e incapacidade para cuidar do bebê.¹⁰ O baby blue corresponde a uma etapa de reconhecimento mútuo entre a mãe e o bebê. É o tempo necessário para a mãe compreender que o bebê é um ser separado dela, marcando o fim da gravidez psíquica. Diante disso, é observada uma transformação

psíquica significativa na mulher, tanto no quesito insegurança maternal, como no manejo dos problemas inesperados. Precisamos enfatizar que os profissionais da área de saúde, no geral, têm um importante papel na detecção dos sinais e sintomas da depressão pós-parto precocemente, com o intuito de impedir o sofrimento das mães e maiores consequências para o RN.¹¹

Cumpramos mencionar o relato de uma mãe proveniente do interior do estado, que precisou ficar internada por um mês, sem ter tido nenhum contato físico com a família durante esse período. Apenas um familiar, distante do marido, que lhe fazia visitas semanais. Durante as conversas com os extensionistas, a paciente apontou a solidão como o principal ponto negativo da internação. Diante desse cenário, foi percebido, através do relato de outras mães, que as ações não ocorrem em proporções devidas dentro do setor, o que dificulta o entretenimento para as mães, que em alguns casos ficam sozinhas a maior parte do dia, ou até mesmo durante toda a internação. Situação observada em casos de mulheres que são procedentes do interior e não têm família na cidade da maternidade referência. Vale salientar também o fator socioeconômico como determinante decisivo para a manutenção do distanciamento da família para com a puérpera.

Desse modo, percebe-se a necessidade de que o Instituto reveja sua agenda de ações e crie ou recrie um dia, ou dois na semana, para a realização de terapias complementares, oportunizando rodas de terapia, dia da beleza, musicoterapia e demais momentos voltados para a valorização da mulher como autoimagem, troca de saberes e experiências acerca da maternidade. Tais medidas visam afastar as inconsistências psicológicas na mãe após o parto, garantindo a preservação de sua saúde mental na condição de acompanhante do MC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das diversas vivências, experimentadas pelos estudantes no ano de 2018 no Instituto Cândida Vargas, conclui-se que a observação permitiu refletir sobre o processo de solidão vivenciado no setor do Método Canguru em que se nota o cuidado humanizado. Porém, esse cuidado ainda se encontra incipiente no quesito relacionado a saúde mental das mulheres puérperas.

Assim, na prática do Método Canguru, a solidão das puérperas apresenta-se como um gargalo no processo obstétrico e muitas mães ficam, por vezes, solitárias em um período que é rico em mudanças psicológicas causadas principalmente pelos distúrbios hormonais, após o parto, aliado aos desafios advindos

com a maternidade. Considera-se importante e fundamental que a equipe de saúde acolha as mães como protagonistas no processo de internação de seu filho, minimizando efeitos negativos.

Além disso, o projeto Observatório do Cuidado Humanizado no Pré-Parto e Parto apresentou aos estudantes uma nova perspectiva através do campo observacional, oportunizando a aproximação dos extensionistas com as mães de uma forma mais humana, compreendendo seus medos e inseguranças em um cenário tão singular. Nesse contexto, ficou explícita a importância de uma escuta qualificada e relação mais solidária e humana para com essas mulheres.

KANGAROO METHOD: HUMANIZED CARE IN THE PUERPERAL PERIOD

ABSTRACT

The Kangaroo Method or skin-to-skin contact was created in Colombia in the 1970s to promote care for preterm or low birth weight infants in the absence of incubators. It is a model focused on humanized care that brings together biopsychosocial intervention strategies. The study aims to apprehend the reports and anxieties experienced by mothers hospitalized in the Kangaroo Method sector, from weekly visits by extension workers. It consists of an experience report, built on the basis of scientific articles and experiences of medical students involved in the Extension Project: Observatory of Pre-Childbirth and Humanized Care, held at Cândida Vargas Institute. It is a descriptive, qualitative and exploratory approach. It was possible to notice psychological alterations of the mothers who are fragile and hyper emotive, some presenting the baby blue phenomenon. There was a need for psychological support and therapeutic workshops, groups, and conversation circles, simultaneous with the offer of alternative therapies.

KEYWORDS: Puerperium. Woman. Humanization.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém nascido de baixo peso: Método Canguru. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde. [Internet]. 2011. [Citado em 06 Dez 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_manual_tecnico_2ed.pdf.
2. Brunn EHM de. Depressão pós-parto: discutindo o critério temporal do diagnóstico. Cad Pós-Graduação Distúrbios do Desenvolvimento. São Paulo [Internet]. 2017. [Citado em 08 Dez 2018]; 17(2): 92-100. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpdd/v17n2/v17n2a09.pdf>.
3. Bilotti CC, Gomes ES, Bianchi AB, Bolsoni LLM, Santos SMA, Bernuci MP. Método Mãe Canguru para recém-nascidos de baixo peso: revisão da literatura. Rev Saúde e Pesquisa [Internet] 2016 [Citado em 22 Dez 2018]; 9(3): 587-95. Disponível em: <http://177.129.73.3/index.php/saudpesq/article/view/5456/2927>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru. Manual técnico. 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 340p. [Internet]. 2017. [Acesso em 29 Jan 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf.
5. Klossowski DG, Godoi VC, Xavier CR, Fijinaga CI. Assistência integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública. Rev. CEFAC. [Internet]. 2016 [Citado em 20 Feb 2019]; 18(1): 137-149. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462016000100137.
6. Testoni TT, Aires LCP. O método canguru como veículo para o empoderamento materno. REFACS. [Internet]. 2017 [Citado em 02 Feb 2019]; 6 (supl 2):611 -619. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/refacs/article/download/2957/pdf>.
7. Segundo WGB, Barros RMO, Camelo NMM, Martins AEBVM, et al. A importância das unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) e de cuidados intermediários neonatal (UCIN) para o recém-nascidos prematuros. Rev Cienc Saúde Nova Esp. [Internet]. 2018 [Citado 06 Abr 2019]; 16(2): 85-90. Disponível em: <https://revista.facene.com.br/index.php/revistane/article/view/12/20>.
8. Ely VHMB, Cavalcanti PB, Silveira JTT, Klein MF, Junior AS. Atributos Ambientais desejáveis a uma unidade de alojamento conjunto método canguru a partir de uma experiência de projeto participativo. Rev Ambiente Construído [Internet] 2017 [Citado 20 Feb 2019]; 17(2):119-134. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ac/v17n2/1678-8621-ac-17-02-0119.pdf>.
9. Feitoza NTM, Souza WDA, Oliveira HJP, Silva FP. A implementação do método canguru: assistência humanizada ao recém nascido de baixo peso. Rev Saude. [Internet] 2018 [Citado 31 Jan 2019]; 11(1):50. Disponível em: <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/3152/2273>.
10. Sousa JF, Almeida ALS, Carvalho DS, Silva MMGG, et al. A importância da aplicação do método canguru em neonatos de baixo peso. In: Congresso Norte Nordeste de Tecnologias em Saúde, 1., Piauí. Anais. [Internet] 2018 [Citado 30 Jan 2019]; 1(1); 80- 83. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/connts/article/view/8063/4783>.
11. Tolentino EC, Maximino DAFM, Souto CGV.

Depressão pós-parto: conhecimento sobre os sinais e sintomas em puérperas. Rev Cienc Saúde Nova Esperança [Internet] 2016 [Acesso 31 Jan

2019];14(1): 59-66. Disponível em: <https://sistemas.facene.com.br/revista/artigos/167/download>.

A VALORIZAÇÃO DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA COMO PRÁTICA EFETIVA DO SUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Vilma Felipe Costa de Melo^I

Maria Isabel Nunes Gomes^{II}

Larissa Nunes Figueiredo Cavalcanti^{II}

Neirilanny da Silva Pereira^{III}

Vagna Cristina Leite da Silva Pereira^{IV}

RESUMO

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) é uma prática de saúde mental que aos poucos vem se consolidando no país, como mais uma estratégia de cuidado nas doenças emocionais e mentais, promovendo, dessa forma, ações de atenção básica, visando a prevenção de doenças psíquicas e promovendo qualidade de vida. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de acadêmicos na área de saúde, havendo uma valorização e reconhecimento dos bons resultados oferecidos por tal modalidade terapêutica. Este trabalho consta de um relato de experiência, vivenciados por acadêmicas extensionistas do projeto: rodas de terapia comunitária e resgate da auto-estima, das Faculdades Nova Esperança-PB. As visitas foram realizadas, semanalmente, durante o ano de 2018, com uma média de 15 usuárias da TCI, no Centro de Práticas Integrativas e Complementares (Canto da Harmonia). Consiste em um espaço aberto, onde ocorre a troca de experiências de vida de forma horizontal e circular, visando o alívio do sofrimento humano, através da partilha de experiências de vida entre os participantes. Observou-se que essa tecnologia de cuidado traz impacto positivo para a vida de pessoas que clamam por um espaço de acolhida, de valorização de experiências e de atenção, atuando como peça-chave no processo de promoção da saúde mental e prevenção do adoecimento psíquico.

PALAVRAS-CHAVE: Autoestima. Serviços Comunitários de Saúde Mental. Promoção da Saúde.

Psicóloga. Doutora em Filosofia. Docente das Faculdades Nova Esperança - FAMENE/FACENE. Departamento de Medicina. Cep: 58035040, João Pessoa, Paraíba, Brasil. Email: vilmelopsic@gmail.com. ORCID/ID: <https://orcid.org/0000-0001-5721-3240>

Acadêmicas do curso de Medicina. Departamento de Medicina. Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE. Cep: 58035040, João Pessoa, Paraíba, Brasil. ORCID/ID: <https://orcid.org/0000-0001-5635-296X>; <https://orcid.org/0000-0002-6264-2557>

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva e Gestão Hospitalar. Docente das Faculdades Nova Esperança - FACENE. Departamento de Medicina. Cep: 58035040, João Pessoa, Paraíba, Brasil. Email: vilmelopsic@gmail.com. ORCID/ID: <http://orcid.org/0000-0002-5417-2241>

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente das Faculdades Nova Esperança - FACENE. Departamento de Medicina. Cep: 58035040, João Pessoa, Paraíba, Brasil. Email: vilmelopsic@gmail.com. ORCID/ID: <https://orcid.org/0000-0002-8831-3620>

Submissão: 13/05/2019 Aceito: 03/10/19
DOI: 10.17695/revcsnevol17n3p51-56

INTRODUÇÃO

A incorporação das Medicinas Alternativas e Complementares, chamadas pelo governo brasileiro de Práticas Integrativas e Complementares (PIC), está em expansão na rede pública de saúde. Além das recomendações da Organização Mundial de Saúde para que os países elaborem políticas que considerem o acesso a estas práticas, há um contexto mundial favorável a isso.¹

O crescimento da procura social pelas PIC deve-se a méritos próprios: reposicionam o usuário como centro do paradigma médico; consideram a relação curador-usuário como elemento fundamental da terapêutica; buscam meios terapêuticos simples, menos dependentes de tecnologia científica dura, menos caros e, entretanto, com igual ou maior eficácia nas situações comuns de adoecimento; e estimulam a construção de uma medicina que busca acentuar a autonomia do usuário, tendo como categoria central a saúde.²

A terapia comunitária integrativa é uma ferramenta de cuidado que disponibiliza um espaço para a troca de experiências, estimula e fortalece a formação de vínculos e o resgate da autonomia dos participantes, através da transformação de carências em aptidões para serem hábeis em dar novos significados aos momentos de dores e perdas.³ Trata-se de uma metodologia inclusiva, que objetiva possibilitar ambiente propício para produzir subjetividades, através do diálogo, reciprocidade, interação e formação de vínculos, que seja facilitadora das relações interpessoais e da autonomia, principalmente por subsidiar soluções para conflitos individuais e coletivos, na medida em que reforça vínculos entre os participantes, por meio do respeito às diversidades e a troca contínua de vivência e apoio, favorece uma conscientização social e pessoal, melhorando a saúde mental.⁴

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) emerge como uma das metodologias em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Primária que considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção, o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de maneira saudável.⁵

Nesse contexto, terapia comunitária é um espaço de acolhimento, para a partilha de sofrimentos e sabedoria de vida, que ocorre de maneira circular e horizontal. Constitui um espaço de escuta, reflexão e troca de experiências, criando uma teia de relação social entre os participantes, na busca de soluções para os conflitos pessoais e familiares. Beneficia as relações interpessoais, a formação de redes sociais solidárias e a utilização da cultura popular como subsídio para soluções de problemas vividos pela comunidade. Desta forma, tem dado respostas satisfatórias aos que dela se beneficiam, sendo mais um instrumento de trabalho, que pode ser utilizado pelos profissionais da saúde, no cuidado com pessoas na comunidade.¹

Diante de uma tecnologia de escuta e acolhimento, que não traz maiores custos aos gestores, é válido ressaltar que através desses encontros, os profissionais de saúde envolvidos na promoção da saúde mental, podem compreender melhor as preocupações e dificuldades da comunidade e direcionar suas condutas terapêuticas, melhorando a qualidade de vida da população.⁶ Contudo, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência de acadêmicos na área de saúde, havendo uma valorização e reconhecimento dos bons resultados oferecidos pela Terapia Comunitária Integrativa como prática efetiva do SUS.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo trata-se de um relato de experiência descritivo, referente às ações de cuidado, desenvolvidas por extensionistas do projeto: Rodas de Terapia Comunitária e Resgate da Autoestima implementado na Faculdade de Medicina e Enfermagem Nova Esperança (FAMENE/ FACENE).

Foi feito acompanhamento semanal, no período de março a dezembro de 2018, nas rodas de Terapia Comunitária Integrativa (TCI), com encontros de duração de 2 horas, sempre às terças-feiras, sem critérios de inclusão e exclusão dos participantes, tendo em média de 15 pessoas por encontro, no espaço conhecido como Canto da Harmonia, sendo feitos registros audiovisuais.

A prática consistia em um grupo de pessoas que se sentavam lado a lado formando um círculo, permitindo assim a visualização de todos entre si. Foi norteada por terapeuta, realizando dinâmicas de acolhimento ao grupo. Obedeceram as fases sistematizadas do método de TCI, bem como aos protocolos de cada

fase. Inicia-se pelo acolhimento e, em seguida, pela escolha do tema, contextualização, problematização e encerramento.

O acolhimento visa promover a interação social, utilizando-se uma dinâmica, brincadeira, ou “quebra-gelo”, servindo para que os participantes se preparassem para o começo da roda, desenvolvida através de um problema pré-definido pela terapeuta, ou por meio de alguma demanda trazida por participantes do grupo seguindo com a contextualização, com explanação detalhada do tema abordado. Na problematização a palavra é franqueada para que os participantes pudessem expor a vivência em situações semelhantes e como havia superado ou enfrentado esta adversidade. Por fim, o ritual de agregação, ocasião esta, em que os participantes demonstraram valorizar as experiências dos outros e a própria. O encerramento ocorreu sempre em clima de confraternização e energia positiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No decorrer da terapia, foi feita uma reflexão sobre a própria vida a partir de relatos dos próprios participantes, através de histórias de superação. A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) vem se constituindo em um espaço de cuidado, que em momentos marcados pela partilha de vivências e sofrimentos passam a compor o cenário dos usuários que procuram no serviço de atenção básica a melhora de seu sofrimento mental. Nesse contexto, a formação desses grupos instiga o indivíduo a interagir com outras pessoas e a descobrir a importância do outro na resolução dos problemas. Incita

também a desvendar o poder resiliente em cada participante, bem como o comunitário.⁵

A TCI constitui-se de um espaço público aberto, de ajuda mútua, em que se aborda tanto o indivíduo na sua singularidade como no seu contexto social, familiar e cultural. Através da escuta das histórias de vida de cada pessoa, todos se tornam corresponsáveis pela superação dos desafios do dia-a-dia, despertando a solidariedade e valorizando a dinâmica interna de cada indivíduo e sua capacidade de transformação individual e coletiva.⁷

O grupo observou que os eixos temáticos mais prevalentes foram: alívio do sofrimento, valorização pessoal, fortalecimento dos vínculos, a partir da abordagem dos problemas de conflitos familiares, alcoolismo, estresse, angústia, medo, ansiedade, insônia, mágoa, desprezo, abandono, depressão/perda, desemprego, dificuldade financeira, insegurança, etc.

Uma temática bastante presente nos encontros foram os conflitos familiares, sendo observados como geradores de sofrimento mental dos participantes e de preocupação relativa às doenças, principalmente no tocante ao envelhecimento. A possibilidade de depender dos outros e de não conseguir uma assistência adequada foi o temor mais observado. Usuários e familiares passam a se trabalhar por meio de um reencontro consigo mesmo, que é estimulado nessas rodas de terapia, como componente da rede social.³ A TCI favorece o desenvolvimento de uma teia de relação social que propicia as trocas de experiências, a retomada de habilidades e a superação de adversidades, baseado na aquisição de recursos socioemocionais e na conquista da força individual e coletiva. Nas sessões de terapia, o espaço de fala e escuta se torna primordial, pois é a partir disso que vai acontecendo uma troca de experiências de vida e conhecimento. O falar podendo ser compreendido como um signo ideológico que, ao mesmo tempo em que reflete, também retrata a realidade.⁸

No período de observação, foi notado um aumento da procura no centro, especialmente por mulheres, mesmo tendo pouco conhecimento dos tratamentos oferecidos. A Terapia Comunitária Integrativa vem se consolidando como uma tecnologia de baixo custo, desenvolvendo ações de promoção da saúde e prevenção do sofrimento emocional nas comunidades, podendo ser considerada, também, uma estratégia de reabilitação e de

inclusão social pela rede de apoio psicossocial que ela pode ajudar a construir.⁹

As Rodas de TCI contribuem para a resiliência e fortalecimento de vínculos solidários entre as pessoas.¹⁰ Com a intensificação dos encontros entre o grupo e os usuários, deu-se a possibilidade de formação de vínculos entre eles. Isso pode resultar em aspectos favoráveis na busca efetiva de soluções para a manutenção da vida, fator resultante das trocas realizadas durante os encontros. Como na TCI os fatos são vistos em cadeia, semelhantes a um processo, os participantes se veem inseridos num contexto de dissensos que indubitavelmente compõem a vida.¹¹ Dessa maneira, o importante nesse tipo de terapia é que ela desperta as pessoas para se enxergarem num ambiente de relações que estimula a auto e heteroanálise, a partir das vivências inerentes a cada indivíduo. Nessa perspectiva, as pessoas se reconhecem enquanto responsáveis por compor o ambiente no qual vivem e lutam, ou seja, podem construir relações vivenciais e olhares de mundo que tiranizam e afligem, mas que também empoderam e libertam.⁴

A TCI permite trabalhar com os grupos mais diversos de maneira dinâmica, participativa e reflexiva, favorecendo um ambiente para exposição de problemas e inquietações que repercutirão no diálogo em favor da busca de soluções para os conflitos surgidos.¹² Também atende as metas a que se propõe e que deve ser divulgada como uma prática de caráter terapêutico, transformadora da realidade e que pode ser utilizada nos diversos níveis de atenção à saúde, especialmente na atenção básica.² Com a metodologia da TCI, foi observado que é possível colocar o participante como sujeito da sua melhora, pois ele passa a entender o que pode ser feito para melhorar sua saúde mental, conflitos pessoais, autoestima e, conseqüentemente, proporciona um processo de resistência nas adversidades cotidianas, melhorando a qualidade de vida integralmente.

CONCLUSÕES

A experiência da terapia comunitária integrativa tem demonstrado, para as extensionistas, a adesão pelos usuários das rodas de terapias e pelos profissionais de saúde, consolidando-se numa estratégia da atenção básica de saúde, além de representar uma ferramenta de integração e consolidação na formação de vínculos e da coletividade social, fomentando ações capazes de transformar a realidade local.

Nessa perspectiva, o estudo evidenciou que a terapia comunitária integrativa é uma criação multidimensional complexa, que promove a interação entre seus participantes,

através da fala, não como gemido ou artifício para lamentações, mas como um grito que ecoa positivamente em todas as esferas de vida do indivíduo.

Percebeu-se o quanto é importante dar seguimento a terapia comunitária integrativa e fortalecê-la, efetivamente em distintas realidades institucionais, visto o impacto positivo trazido por essa tecnologia de cuidado para a vida de pessoas que clamam por um espaço de acolhida, de valorização de experiências e de atenção, para atuar como peça-chave no processo de promoção da saúde mental e prevenção do adoecimento psíquico.

THE APPRECIATION OF THE INTEGRATIVE COMMUNITY THERAPY AS AN EFFECTIVE PRACTICE IN THE SUS: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT

Integrative Community Therapy (ICT) is a mental health practice that has gradually consolidated in the country as a strategy to care for emotional and mental illnesses, thus promoting necessary care actions aimed at the prevention of mental diseases and promoting quality of life. This work consists of an experience report, experienced extension workers of the project: community therapy wheels, and rescue of self-esteem. The visits were held weekly, at the Center for Integrative and Complementary Practices (Canto da Harmonia), located in the Valentina de Figueiredo neighborhood. Consists of an open space, where it occurs to the exchange of experiences of life horizontally and circularly, aiming at the relief of human suffering, through the sharing of life experiences among the participants.

KEYWORDS: Self-Esteem. Community Mental Health Services. Health Promotion.

REFERÊNCIAS

1. Tesser CD, Sousa IMC, Nascimento MC. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saúde debate* | Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 174-188, setembro 2018.
2. BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC/SUS. 2ª Ed. 2018.
3. Carvalho MAP, Dias MD, Miranda FAN, Ferreira Filha MO. Contribuições da terapia comunitária integrativa para usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): do isolamento à sociabilidade libertadora. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013; 29: 2028-2038.
4. Ferreira Filha MO, Lazarte R, Barreto AP. Impacto e tendências do uso da Terapia Comunitária Integrativa na produção de cuidados em saúde mental. *Rev. Eletr. Enf.* 2015. Abr./jun; 17(2):172-3.
5. Carício MR et al. Terapia Comunitária: um encontro que transforma o jeito de ver e conduzir a vida. In: Ferreira Filha MO, Lazarte R, Dias MD. *Terapia comunitária integrativa: uma construção coletiva do conhecimento*. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2013.
6. Moraes MN. *Terapia Comunitária Integrativa no Sertão Paraibano: avanços e desafios no contexto do SUS*. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
7. Moura SG, Ferreira Filha MO, Moreira MASP, Simpson CA, Tura LFR, Silva AO. Representações sociais sobre terapia comunitária integrativa construídas por idosos. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017; 38(2):e55067.
8. Oliveira SM, Menezes Junior JO, Silva Junior SV, Dias MD, Fernandes MGM, Ferreira Filha MO. Rodas de Terapia Comunitária: construindo espaços Terapêuticos para idosos em comunidades quilombolas. *Rev Enferm UFSM* 2017 Out./Dez.;7(4): 712-724.
9. Sousa LA, Barros NF. Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde: avanços e desafios. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018;26:e3041.
10. Ferreira Filha MO, Lazarte R, Barreto AP. Impacto e tendências do uso da Terapia Comunitária Integrativa na produção de cuidados em saúde mental. *Rev. Eletr. Enf.* 2015 abr./jun.;17(2):172-3.
11. Santos JLB, Sampaio JMV, Júnior ETS, Pedro FS, Braga LCS. *Terapia Comunitária Integrativa e Seu Diálogo com a Gestalt-Terapia*. Revista IGT na Rede, v. 14, nº 27, 2017. p. 201 – 217.
12. Grasielle CL, Rosa LRR, Rondinele AS, Vagner FN. *Terapia Comunitária Integrativa: Construção da Autonomia de Famílias de Crianças Renais*. *Rev. Aten. Saúde, São Caetano do Sul*, v. 16, n. 58, p. 57-62, out./dez., 2018.

ASPECTOS CLÍNICOS, PATOLÓGICOS E TERAPÊUTICOS DA PLACA EOSINOFÍLICA FELINA – RELATO DE CASO

Jackson Suelio de Vasconcelos^I
Higor Vinícius da Silva Camelo^{II}
Letícia Ferreira do Nascimento^{II}
Lídia Stefânia Vilela Medeiros^{II}

RESUMO

Um mesmo felino pode apresentar mais de uma forma de diferenciação histológica em cada uma das apresentações clínicas do complexo granuloma eosinofílico. O diagnóstico definitivo é baseado no histórico clínico, citologia e exame histopatológico. O presente trabalho tem como objetivo descrever os aspectos clínicos, terapêuticos, patológicos da placa eosinofílica felina. O primeiro caso ocorreu em um gato de dois anos de idade que apresentava lesão em toda extensão do abdome com úlceras e exsudato, pulgas e anorexia. O segundo, tratava-se de uma gata de 11 anos que tinha lesão localizada no abdome, a presença de úlceras, exsudato e pulgas. Em ambos os casos, os hemogramas mostraram eritropenia leve, leucocitose, eosinofilia e trombocitopenia. No exame citopatológico foram observadas células degeneradas semelhantes a eosinófilos. No exame histopatológico constatou-se presença de mastócitos, plasmócitos, com exocitose eosinofílica e também colagenólise. Foi adotado antibioticoterapia a base de enrofloxacin na dose de 5 mg/kg/pv a cada 24 horas por 10 dias, corticóide, terapia com prednisona na dose de 1 mg/kg/pv por 10 dias e assepsia nos ferimentos com clorexidina a 0,2%. Ao término do tratamento, os animais se recuperaram totalmente. O diagnóstico de placa eosinofílica felina foi realizado com base no histórico clínico e com os resultados dos exames citopatológicos, histopatológicos e na resposta terapêutica.

PALAVRAS-CHAVE: Complexo Granuloma Eosinofílico. Lesões em Placas. Colagenólise. Lesão Ulcerativa.

Professor, Curso de Medicina Veterinária. Doutor em Ciência e Saúde Animal. E-mail: veterinariojsv@yahoo.com.br.^I
Departamento de Medicina - FACENE. CEP: 58067-695. João Pessoa, Paraíba. Brasil.
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1302-8451>

Acadêmicos do Curso de Medicina Veterinária. Departamento de Medicina. João Pessoa, Paraíba. Faculdades Nova Esperança - FACENE. CEP: 58067-695. João Pessoa, Paraíba. Brasil.^{II}
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4187-5287>; <https://orcid.org/0000-0002-4963-0797>;
<https://orcid.org/0000-0002-5112-0614>

Submissão: 16/04/2019 Aceito: 08/08/19
DOI: 10.17695/revcsnevol17n3p57-64

INTRODUÇÃO

As doenças de pele são as principais ocorrências em clínicas veterinárias especializadas em pequenos animais, representando 25,2%.^{1,2} As dermatopatias não tumorais mais diagnosticadas na espécie canina são a hipersensibilidade a picada de pulgas e mosquitos, piodermites bacterianas, atopia, dermatofitoses entre outras.³ Dentre as dermatopatias, que afetam os felinos, a terceira mais diagnosticada foram as alérgicas em estudo retrospectivo realizado no Rio Grande do Sul.⁴ O granuloma eosinofílico felino (CGE) é a doença alérgica muito frequente na forma de placa eosinofílica, granuloma linear eosinofílico e a úlcera indolente.⁵

A placa eosinofílica é uma lesão cutânea pruriginosa, saliente, caracterizada clinicamente por apresentar lesão ulcerada e placoide.⁸ Pode ocorrer em qualquer local do corpo, porém é mais frequente no abdome ventral, afetando exclusivamente os gatos.⁶ A identificação pode ser difícil, devido a outras enfermidades, pertencentes ao CGE, serem semelhantes.⁷ Os padrões histológicos de cada

uma das apresentações clínicas são diferentes, porém todas se caracterizam por um infiltrado inflamatório formado em maior quantidade de eosinófilos e variado número de mastócitos, histiócitos, linfócitos e focos de colagenólise. Embora haja diferenciação histológica em cada uma das identificações clínicas, um mesmo felino pode apresentar mais de uma forma.⁸ As causas para o desenvolvimento do CGE são variadas, podendo estar associada com quadros infecções virais, bacterianas, parasitárias, autoimunes, traumáticos, genodermatose, alérgicos e idiopáticos.⁹

A terapia objetiva eliminar o agente causal. No entanto, quando estiver associado a uma alteração secundária, deve-se tratar sintomaticamente.⁸ Geralmente, os felinos afetados respondem bem a terapia à base de glicocorticóides sistêmicos e anti-histamínicos, devido a resistência aos efeitos colaterais e antibiótico terapia.¹⁰ Diante do exposto, o presente trabalho tem como objetivo descrever os aspectos clínicos, terapêuticos, patológicos da placa eosinofílica felina.

MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética no Uso de Animais (CEUA) da Universidade Federal da Paraíba, sob número: 4463030519. Foram tratados dois gatos em uma clínica veterinária localizada no município de João Pessoa, Paraíba, nos meses de janeiro e fevereiro de 2015. O primeiro caso, um felino, sem raça definida (SRD) com dois anos de idade e o segundo uma felina sem raça definida (SRD), com 11 anos. Para o

diagnóstico, além dos exames físicos, fez-se também hemogramas, exame citopatológico e histopatológico. Os hemogramas foram realizados no Laboratório de Análises Clínicas Veterinárias (LACLEVET) e os citopatológicos na Clínica Veterinária São Francisco, ambos no município de João Pessoa-PB. Enquanto que os histopatológicos no Laboratório de Patologia Veterinária (LPV) do Centro de Ciências Agrárias (CCA) da Universidade

Federal da Paraíba (UFPB), no município de Areia, Paraíba.

As amostras de sangue para os hemogramas foram colhidas em tubo vacutainer contendo EDTA. Colheu-se amostra por punção aspirativa com agulha fina (PAAF) calibre de 0,4 mm, colocadas em lâminas de vidro foscada 26 x 76 mm e coradas pela técnica do panótico rápido para os citopatológicos. As amostras para histopatologia foram coletadas através de biópsias excisionais, fixadas em formalina tamponada a 10%, processadas

rotineiramente para histotécnica e coradas com hematoxilina e eosina (HE).

O diagnóstico de placa eosinofílica felina foi realizado com base no histórico clínico, nos exames dermatológicos, resultados de exames laboratoriais, histopatológico e em alguns casos no acompanhamento, durante o tratamento. A terapia foi realizada a base de enrofloxacin na dose de 5 mg/kg/pv, corticoterapia com prednisona na dose de 1 mg/kg/pv e assepsia nos ferimentos com clorexidina a 0,2%.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No primeiro caso, o gato apresentava lesão em toda extensão do abdome com úlceras e exsudato, presença de pulgas e anorexia (Figura 1a). Já o felino do segundo caso, apresentava lesão plaçoide localizada

no abdome, presença de úlceras e exsudato e pulgas (Figura 1b). Nos hemogramas ambos apresentaram eritropenia leve, leucocitose, eosinofilia e trombocitopenia.



FIGURA 1. a) Felino de 2 anos. Lesão ulcerativa e exsudativa, distribuída em toda extensão do abdome (seta e asterisco). Caso 1. **b)** Felina de 11 anos. Lesão ulcerativa e exsudativa, distribuída de forma localizada no abdome. Caso 2.

Os achados citopatológicos em ambos caracterizaram-se por células degeneradas semelhantes à eosinófilos. Os histopatológico, em ambos os casos, foram observados na epiderme acantose e espongiose. Na derme constatou-se infiltração de eosinofílico, com presença de mastócitos, plasmócitos, com exocitose eosinofílica e também colagenólise (Figuras 2, 3 e 4). No tratamento, foi adotado

antibioticoterapia a base de enrofloxacina na dose de 5 mg/kg/pv a cada 24 horas durante 10 dias, corticóide terapia com prednisona na dose de 1 mg/kg/pv por 10 dias e assepsia nos ferimentos com clorexidina a 0,2%. Para o controle das pulgas foi recomendado o uso de selectina a 6%, aplicada por via tópica (spot on) em única aplicação. Ao término do tratamento os animais recuperaram-se totalmente.

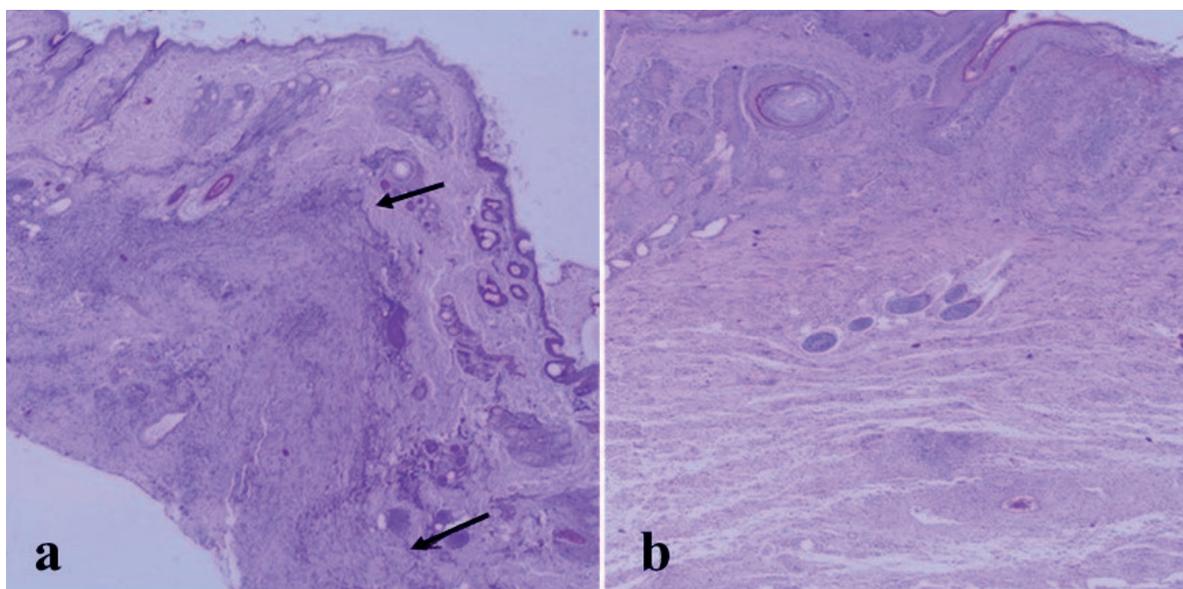


FIGURA 2. a) Marcada delimitação da área da derme acometida pela inflamação e a área normal (setas). HE, Obj. 40x. Caso 1. **b)** observa-se infiltrado eosinofílico que se estende da derme superficial até a derme profunda. HE, Obj. 4x. Caso 2.

O diagnóstico de placa eosinofílica felina foi realizado com base no histórico dos animais, exame físico geral e dermatológico, associado à avaliação dos padrões macroscópicos e histopatológicos das lesões cutâneas. A colheita de amostras para descartar diagnósticos diferenciais e para investigação da causa primária, como as causas de doenças alérgicas, com a realização de testes de triagem com eliminação de ectoparasitas, dietas de eliminação e testes intradérmicos, quando necessário, podem ser realizados.¹¹ Estudos

observaram que a hipersensibilidade a picada de pulgas (DAPP) é um dos fatores primários para o desencadeamento da placa eosinofílica felina.³ No presente estudo, em ambos os casos, os animais encontravam-se infestados de pulgas. Contudo, não foi observada sazonalidade, apesar da literatura associar a doença a infestação por pulga.¹² Também não se constatou predisposição quanto ao sexo, semelhante ao que é descrito em outros trabalhos.^{6,7}

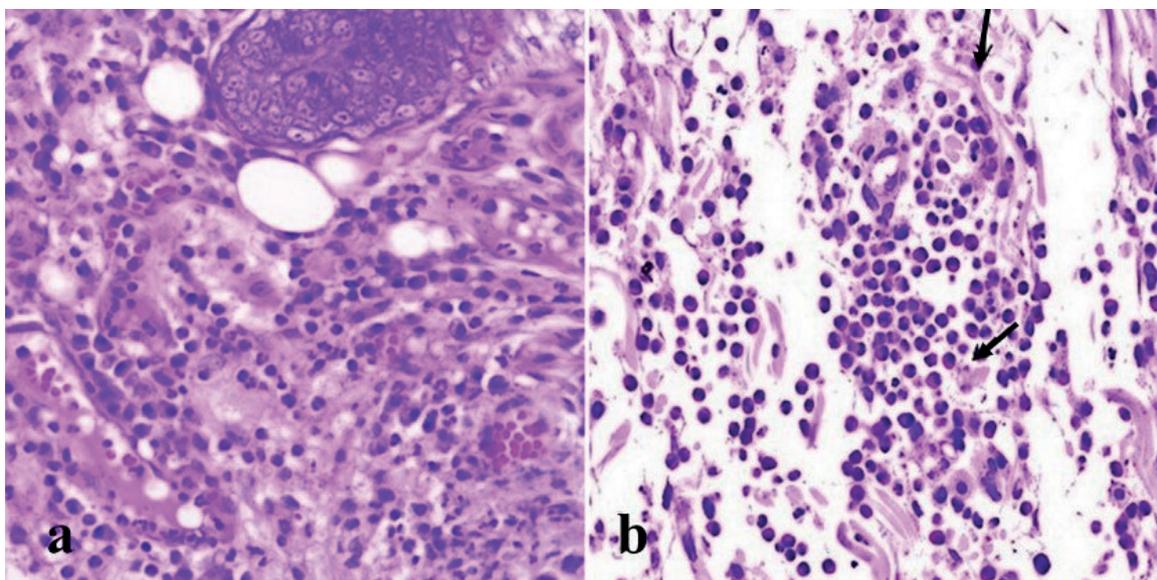


FIGURA 3. Caso 2: a) Intenso infiltrado eosinofílico na derme superficial. HE, Obj. 40x. b) observa-se intenso infiltrado eosinofílico e degradação do colágeno (setas). HE, Obj. 40x.

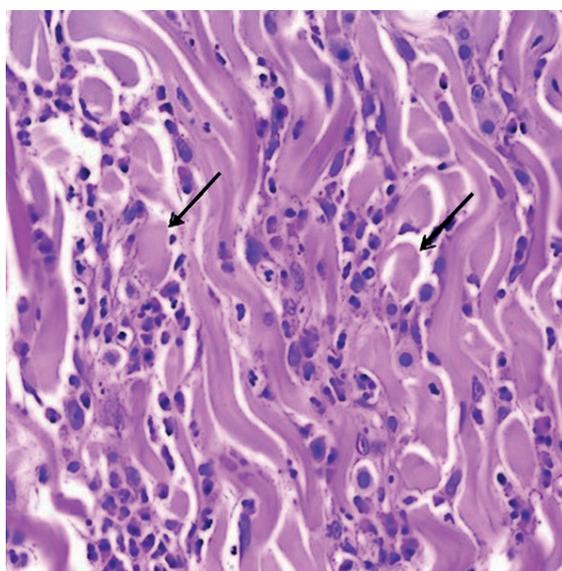


FIGURA 4. Caso 1: Entre as fibras de colágeno observa-se grande quantidade de eosinófilos, plasmócitos, mastócitos e macrófagos. Associado a intensa degradação de colágeno (colagenólise), denominadas figuras em chamas (seta). HE, Obj. 40x.

A apresentação clínica dessa dermatopatia caracterizou-se por lesões placóides extensivas e por placa localizada, ambas associadas a presença de úlceras e exsudato, no abdome. Esses achados, junto com a distribuição anatômica, corroboram

com outro estudo.⁸ No entanto, a distribuição anatômica das lesões já foram observadas em outros sítios anatômicos, tais como, região inguinal, parte interna ou externa das extremidades pélvicas, pescoço e nos espaços interdigitais, cursando com prurido.^{7,13}

Na citologia, a observação de eosinófilos degenerados, na colheita da amostra pela PAAF, corresponde ao descrito na literatura.¹⁴ Entretanto, é descrito que, além de eosinófilos degenerados e intáticos, também ocorra a presença de bactérias nos casos em que há infecção secundária.¹² No presente estudo, os achados histopatológicos revelaram lesões nos dois casos, caracterizadas por apresentarem infiltrado inflamatório composto por maior quantidade de eosinófilos, mastócitos e grau moderado colagenólise. Esse padrão inflamatório é característico das apresentações clínicas relacionadas com o CGE.⁸ Em alguns casos, a placa eosinofílica felina pode ser caracterizada como uma dermatite eosinofílica perivascular hiperplásica superficial ou profunda, podendo serem constatados micro abscessos eosinofílicos.¹² Em nível de epiderme, também pode ser observada paraceratose, acantose com zonas

ulceradas recobertas de tecido fibronecrótico, espongirose e vesiculação intraepidérmica eosinofílica. Enquanto que na derme as lesões indicam celulite eosinofílica, com ou sem a presença de mastócitos ou plasmócitos, podendo ainda ocorrer foliculite eosinofílica.¹⁵

Como se trata de uma doença de caráter secundário, seguido de doença primária de caráter alérgico, o tratamento incluiu eliminação da causa primária, o qual foi realizado com ectoparasiticida tópico e, conseqüentemente, controlando a DAPP, associado ao uso de antibiótico e corticoide.¹² Também é relatado que, ocasionalmente, ocorra a melhora ou mesmo a remissão completa das lesões, após a utilização da antibioticoterapia, sendo, portanto recomendada como tentativa clínica quando houver evidências, citológicas, ou histopatológicas de pioderma, sendo a doxiciclina, cefadroxil, amoxicilina-clavulanato e enrofloxacin as opções indicadas.¹⁶

CONCLUSÕES

O diagnóstico de placa eosinofílica felina foi realizado com base no histórico clínico, associado ao exame físico, aos resultados dos exames citopatológicos caracterizados por apresentar grande quantidade de eosinófilos degenerados. O padrão histopatológico apresentou alterações na epiderme e derme,

os quais foram compatíveis com resposta alérgica. A terapia empregada a base de prednisolona, enrofloxacin, associado ao uso de medicamento pulguicida levou a resposta satisfatória com desaparecimento das lesões e conseqüente cura dos animais.

CLINICAL, PATHOLOGICAL AND THERAPEUTIC ASPECTS OF THE FELINE EOSINOPHILIC PLAQUE - CASE REPORT

ABSTRACT

Although there is histological differentiation in each of the clinical presentations of the eosinophilic granuloma complex, in one cat, it can be present more than one form. The definitive

diagnosis is based on clinical history, cytology, and histopathological examination. Two cases of feline eosinophilic plaque are described in the municipality of João Pessoa, Paraíba. The first case affected a two years old male cat who had lesions throughout all the abdomen extension with ulcers and exudate, and the presence of fleas and anorexia. The second was an 11-year-old female cat with a localized lesion in the abdomen, with the presence of ulcers and exudate, fleas had also been visualized. On the hemogram, both presented mild erythropenia, leukocytosis, eosinophilia, and thrombocytopenia. And, in the cytopathological examination, degenerate cells similar to eosinophils were observed. Histopathological examination, in both cases, reveals in the epidermis acanthosis and spongiosis. About the dermis, the presence of eosinophilic infiltrate, with the presence of mast cells, plasma cells, with eosinophilic exocytosis, and also collagenolysis. It was adopted an antibiotic therapy with enrofloxacin base at a dose of 5 mg/kg / bw every 24 hours for ten days, corticosteroid therapy with prednisolone at a dose of 1 mg/kg / bw for ten days and a sepsis in wounds with chlorhexidine 0, 2%. At the end of the treatment, the animals recovered completely. The diagnosis of the feline eosinophilic plaque was based on the clinical history and the results of cytopathology, histopathology, and therapeutic response.

KEYWORDS: Eosinophilic Granuloma Complex. Plaque Injuries. Collagenolysis. Ulcerative Injury.

REFERÊNCIAS

1. Rosenkrantz WS. Dermatite Miliar e Complexo do Granuloma Eosinofílico. In: Birchard SJ. & Sherding RG: Manual Saunders-Clinica de Pequenos Animais. São Paulo: Editora Roca; 1998. p. 975 - 90.
2. Vasconcelos JS, Oliveira-Neto TS, Nascimento HHL, Barbosa FMS, Rezende FYS, Oliveira LG, Lecena RB, Dantas AFM. Caracterização clínica e histopatológica das dermatites alérgicas em cães. *Pesq. Vet. Bras.* 2017; 37(3):248-56.
3. Souza TM, Figuera RA, Schmidt C, Requias AH, Brum JS, Martins TB, Barros CSL. Prevalência das dermatopatias não-tumorais em cães do município de Santa Maria, Rio Grande do Sul (2005-2008). *Pesq. Vet. Bras.* 2009; 29(2):157-62.
4. Scherer HA. Estudo Retrospectivo de Dermatopatias em Gatos Através de Diagnóstico Histopatológico Realizado no Setor de Patologia Veterinária da UFRGS, Porto Alegre (1990 – 2012) [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015.
5. Cintra CA, Paulino-Júnior D, Brum AM, Dias LGGG. Granuloma Linear Eosinofílico em felino: Relato de caso. *Cent. Cient. Conh.* 2013; 9(17): 1571-82.
6. Chandler EA, Gaskell CJ, Gaskel, RM. *Clinica e Terapêutica em Felinos.* 3 ed. São Paulo: Roca; 2006.
7. Gross TL, Ihrke PJ, Walder EJ, Affolter VK. *Skin diseases of the dog and cat: Clinical and histopathologic diagnosis.* 2nd. Ed. Oxford: Blackwell; 2009.
8. Hargis AM, Ginn PE. O Tegumento. In: Zachary JF & McGavin MD (Org.): *Bases da Patologia em Veterinária.* Tradução da 5th. ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier; 2013. p. 975 – 12.
9. Bloom PB. Canine and feline eosinophilic skin diseases. *Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice*, v. 36, n. 1, 2006. p. 141- 60.
10. Rodrigues A. *Complexo granuloma eosinofílico felino.* Areia – PB: Universidade Federal do

Rio Grande do Sul; 2016.

11. Cerdeiro AP, Fam AL. Complexo granuloma eosinofílico em felinos domésticos: revisão de literatura. In: 38º Congresso Brasileiro Da Anclivepa. Recife/PE: Centro de Convênios. 2017; Maio 3-5. p. 2039.

12. Hnilica K. Dermatologia de Pequenos Animais: Atlas Colorido e Guia Terapêuticos. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.

13. Lener DD. Complexo Granuloma Eosinofílico em Felinos Domésticos.[Monografia para Conclusão do Curso de Medicina Veterinária]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio

Grande do Sul; 2013. 53p.

14. Raskin RE. Pele e Tecido Subcutâneo (Placa eosinofílica). In: Raskin RE & Mayer DJ: Citologia Clínica de Cães e Gatos, Atlas colorido e Guia de Interpretação. 2a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013. p. 30 – 31.

15. Mason, Burton. Complejo granuloma eosinofílico. In: GUAGUÈRE, E. & PRÉLAUD, P. Guia Práctica de Dermatología Felina. Merial, 1999, p. 21- 29.

16. Grace SF. Complexo Granuloma Eosinofílico. In: Norsworthy G: Paciente Felino. São Paulo: Manole; 2004. p. 232-35.