

PROBLEMAS E OPORTUNIDADES DA SAÚDE BRASILEIRA

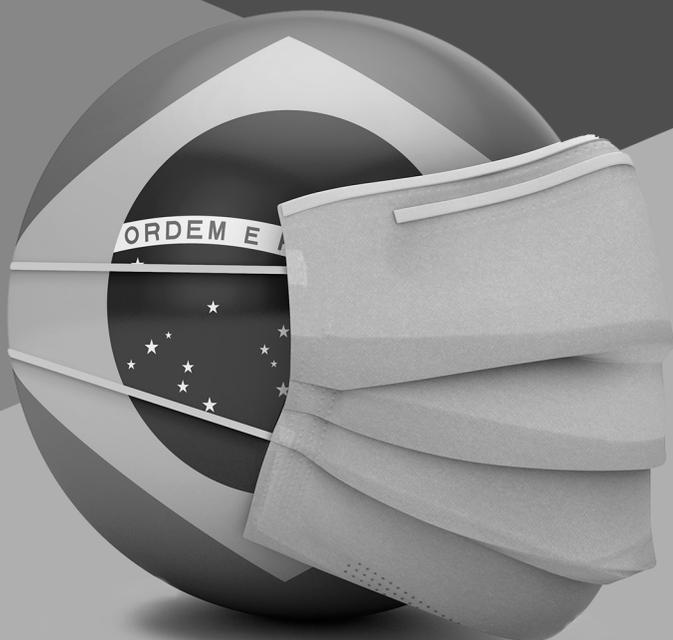
Luis Henrique Almeida Castro
Fernanda Viana de Carvalho Moreto
Thiago Teixeira Pereira
(Organizadores)



Atena
Editora
Ano 2020

PROBLEMAS E OPORTUNIDADES DA SAÚDE BRASILEIRA

Luis Henrique Almeida Castro
Fernanda Viana de Carvalho Moreto
Thiago Teixeira Pereira
(Organizadores)



Atena
Editora
Ano 2020

Editora Chefe
Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

Shutterstock

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os Autores

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.



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

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

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

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

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

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

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

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

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

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

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

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

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

Ciências Biológicas e da Saúde

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

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Prof^ª Dr^ª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof^ª Dr^ª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof^ª Dr^ª Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^ª Dr^ª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte

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

Linguística, Letras e Artes

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

Conselho Técnico Científico

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

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

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

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

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

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

Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal

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

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

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

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

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

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

Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo

Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Problemas e oportunidades da saúde brasileira

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Maria Alice Pinheiro
Correção: David Emanuel Freitas
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizadores: Luis Henrique Almeida Castro
Fernanda Viana de Carvalho Moreto
Thiago Teixeira Pereira

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P962 Problemas e oportunidades da saúde brasileira /
Organizadores Luis Henrique Almeida Castro, Fernanda
Viana de Carvalho Moreto, Thiago Teixeira Pereira. -
Ponta Grossa - PR: Atena, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5706-468-9

DOI 10.22533/at.ed.689202610

1. Saúde pública. 2. Brasil. 3. Política de saúde. 4.
Saúde. I. Castro, Luis Henrique Almeida (Organizador). II.
Moreto, Fernanda Viana de Carvalho (Organizadora). III.
Pereira, Thiago Teixeira (Organizador). IV. Título.

CDD 362.10981

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

Dentre as esferas do conhecimento científico a saúde é certamente um dos temas mais amplos e mais complexos. Tal pode ser justificado pela presença diária desta temática em nossa vida. Por esta obra abordar as atualidades concernentes aos problemas e oportunidades da saúde brasileira, um dos tópicos mais visitados em seus capítulos é – não obstante – o estado de pandemia em que se encontra o país devido ao surgimento de uma nova família de coronavírus, o Sars-Cov-2, conhecido popularmente como Covid-19. Com sua rápida disseminação, atingiu diversas regiões pelo globo terrestre, causando uma série de impactos distintos em diversas nações. Se anteriormente o atendimento em saúde para a população no Brasil já estava no centro do debate popular, agora esta matéria ganhou os holofotes da ciência na busca por compreender, teorizar e refletir sobre o impacto deste cenário na vida social e na saúde do ser humano.

Composto por sete volumes, este E-book apresenta diversos trabalhos acadêmicos que abordam os problemas e oportunidades da saúde brasileira. As pesquisas foram desenvolvidas em diversas regiões do Brasil, e retratam a conjuntura dos serviços prestados e assistência em saúde, das pesquisas em voga por diversas universidades no país, da saúde da mulher e cuidados e orientações em alimentação e nutrição. O leitor encontrará temas em evidência, voltados ao campo da infectologia como Covid-19, Leishmaniose, doenças sexualmente transmissíveis, dentre outras doenças virais. Além disso, outras ocorrências desencadeadas pela pandemia e que já eram pesquisas amplamente estabelecidas pela comunidade científica podem se tornar palco para as leituras, a exemplo do campo da saúde mental, depressão, demência, dentre outros.

Espera-se que o leitor possa ampliar seus conhecimentos com as evidências apresentadas no E-book, bem como possa subsidiar e fomentar seus debates acadêmicos científicos e suas futuras pesquisas, mostrando o quão importante se torna a difusão do conhecimento dos problemas e oportunidades da saúde brasileira.

Luis Henrique Almeida Castro
Fernanda Viana de Carvalho Moreto
Thiago Teixeira Pereira

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

ABORDAGEM SOBRE SEXUALIDADE NO ARRAIÁ DA CAPITAL DE PALMAS-TO

Cristina Silvana da Silva Vasconcelos
Carolina Freitas do Carmo Rodrigues
Fernanda Maria Fernandes do Carmo Lemos
Allana Lima Moreira Rodrigues
Raiane Silva Mocelai
Suenne Ramos de Souza Lemos
Alcineia Ferreira dos Santos
Ieda Fátima Batista Nogueira
Taisa Souza Ribeiro
Marcus Senna Calumby

DOI 10.22533/at.ed.6892026101

CAPÍTULO 2..... 13

ALGORITMO NO TRATAMENTO DA ACNE - CONSENSO DO GRUPO IBERO-LATINOAMERICANO DE ESTUDOS DA ACNE - GILEA

Ediléia Bagatin
Mercedes Florez-White
María Isabel Arias-Gomez
Ana Kaminsky

DOI 10.22533/at.ed.6892026102

CAPÍTULO 3..... 34

ANÁLISE DE DIFERENTES MÉTODOS NO DIAGNÓSTICO DA COVID-19: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Karolina Silva Leite de Santana
Stheffy Hevhelling Vila Verde Souza
Sthefany Hevhanie Vila Verde Souza
Gabriella Silva Leite de Santana
Beatriz Barbosa de Souza de Jesus
Manoel Nonato Borges Neto
Mariane de Jesus da Silva de Carvalho
Kátia Nogueira Pestana de Freitas
Vânia Jesus dos Santos de Oliveira
Weliton Antonio Bastos de Almeida

DOI 10.22533/at.ed.6892026103

CAPÍTULO 4..... 43

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA LEISHMANIOSE VISCERAL NO ESTADO DO PIAUÍ NO PERÍODO DE 2015 A 2018

Francisca Maria Pereira da Cruz
Aclênia Maria Nascimento Ribeiro
Nayara Vanele Ribeiro Pinto
Dália Rodrigues Lima
Verônica Elis Araújo Rezende

Daniele de Oliveira Nascimento
Hanna Santana Mesquita
Cyane Fabiele Silva Pinto
Pâmela Caroline Guimarães Gonçalves
Dallyane Cristhefane Carvalho Pinto
Ivone Manon Martins Costa
Francinalda Pinheiro Santos

DOI 10.22533/at.ed.6892026104

CAPÍTULO 5.....52

ASSISTÊNCIA À SAÚDE NOS CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL: REVISÃO NARRATIVA

July Grassiely de Oliveira Branco
Juliana Guimarães e Silva
Aline Veras Moraes Brilhante
Francisca Bertília Chaves Costa
Luiza Jane Eyre de Souza Vieira
Antonio Dean Barbosa Marques
Monalisa Silva Fontenele Colares
José Manuel Peixoto Caldas

DOI 10.22533/at.ed.6892026105

CAPÍTULO 6.....68

AVALIAÇÃO SISTEMÁTICA DOS TESTES VDRL E FTA-ABS PARA SÍFILIS E A PREVALÊNCIA DE CASOS REAGENTES NO ESTADO DO ACRE NOS ANOS DE 2014 E 2015

Samanta das Neves Arruda
Vanessa Nascimento Possamai
Dilton Silveira dos Santos
Marcelo Hubner Moreira

DOI 10.22533/at.ed.6892026106

CAPÍTULO 7.....82

CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL NOTIFICADOS DE 2013 A 2017 EM TERESINA, PIAUÍ

Maria Vitalina Alves de Sousa
Lyrlanda Maria Cavalcante de Almeida
Taynara Viana Paiva
Domennique Miranda Vasconcelos
Rosalvo Zafriel Sousa Menezes
Juliana Maria de Freitas
Laryssa Theodora Galeno de Castro
Cleiciane de Sousa Azevedo
Marinara de Medeiros Andrade
Fabiana Melo de Souza
Liziane Melo Carneiro
Roberta Lomonte Lemos de Brito

DOI 10.22533/at.ed.6892026107

CAPÍTULO 8	90
COVID-19 E SAÚDE OCULAR: UMA REVISÃO DA LITERATURA	
João Ricardo Arraes Oliveira Diana Caroline Diniz Arraes	
DOI 10.22533/at.ed.6892026108	
CAPÍTULO 9	97
DESAFIO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA FRENTE AO ACONSELHAMENTO DOS TESTES-RÁPIDOS	
Fernanda Souza Dias Elizianne da Costa Pinto	
DOI 10.22533/at.ed.6892026109	
CAPÍTULO 10	103
ENCEFALITIS POR <i>TOXOPLASMA GONDII</i> EN UN PACIENTE VIH POSITIVO: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA	
Mario Iván Ruano Restrepo Liliana Patricia Ramírez Zuluaga Jhony Alejandro Díaz Vallejo Juan David Osorio Bermúdez	
DOI 10.22533/at.ed.68920261010	
CAPÍTULO 11	110
HIV/AIDS EM MAIORES DE 13 ANOS RESIDENTES DE PALMAS: RECORTE ENTRE 2007 E 2017	
Fernanda Maria Fernandes do Carmo Lemos Carolina Freitas do Carmo Rodrigues Allana Lima Moreira Rodrigues Raiane Silva Mocelai Alcineia Ferreira dos Santos Ana Paula Barbosa de Brito Cristina Silvana da Silva Vasconcelos	
DOI 10.22533/at.ed.68920261011	
CAPÍTULO 12	122
INCIDÊNCIA DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (ISTs) EM MULHERES VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL COMPARADO A MULHERES SEM EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA	
Fernanda Oliveira Brito dos Reis Adolpho Dias Chiacchio	
DOI 10.22533/at.ed.68920261012	
CAPÍTULO 13	132
INCIDÊNCIA DE LEISHMANIOSE CUTÂNEA NO ESTADO DO TOCANTINS EM COMPARAÇÃO COM O BRASIL, DE 2008 A 2017	
Ana Paula de Santana Luana Lopes Bottega Lívia Cavalcante de Araújo	

Marcelo Henrique Menezes
Natália Cristina Alves
Carla Angélica Turine Von Glehn dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.68920261013

CAPÍTULO 14..... 135

MORTALIDADE, TENDÊNCIA E ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS POR AIDS EM PERNAMBUCO

Rafaela Gomes Ribeiro de Sá
Lucilene Rafael Aguiar
Romildo Siqueira de Assunção
Aline Beatriz dos Santos Silva

DOI 10.22533/at.ed.68920261014

CAPÍTULO 15..... 146

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PESSOAS VIVENDO COM HIV ADMITIDAS EM UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO DE UMA POLICLINICA DE REFERÊNCIA DA CIDADE DE MANAUS-AM

Tainan Fabrício da Silva
Yamile Alves Silva Vilela

DOI 10.22533/at.ed.68920261015

CAPÍTULO 16..... 154

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E PREVALÊNCIA DOS CASOS DE SÍFILIS E HIV NA REGIÃO SUL DO BRASIL: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Karine Raiane Cabreira de Oliveira
Oscar Kenji Nihei
Monica de carvalho

DOI 10.22533/at.ed.68920261016

CAPÍTULO 17..... 167

PRÉ-NATAL MASCULINO: MAPEAMENTO DAS ESTRATÉGIAS PARA INCLUSÃO DO PARCEIRO NA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA

Edileusa Rodrigues Almeida Baptista
Fabiana Paes Nogueira Timoteo
Isabel Fernandes

DOI 10.22533/at.ed.68920261017

CAPÍTULO 18..... 179

ROLE-PLAY PARA APLICAÇÃO DE PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Tereza Brenda Clementino de Freitas
Rhaylan Rocha Ramalho
Pedro Alberto Diógenes Saldanha de Pontes
Maria dos Milagres Fernandes Diniz Chaves

DOI 10.22533/at.ed.68920261018

CAPÍTULO 19.....	187
SEXUALIDADE, GÊNERO E DIVERSIDADE: PROMOVENDO O DIÁLOGO NO ESPAÇO ESCOLAR	
Priscylla Helena Alencar Falcão Sobral	
Nadja Maria dos Santos	
Ana Milena Bonfim de Araújo	
Juliana Freitas Campos	
Kelle Caroline Filgueira da Silva	
Marcus Vinícius Faustino	
Wanderson Lima Dantas e Santos	
DOI 10.22533/at.ed.68920261019	
CAPÍTULO 20.....	202
ÚLCERAS NA HANSENÍASE: BREVE ABORDAGEM E RELATO DE CASO ULCERS IN LEPROSY: BRIEF APPROACH AND CASE REPORT	
Tania Fernandes	
Brunna Lays Guerra Correia	
Álvaro Henrique Silva Varão	
Amanda Teixeira de Medeiros Gomes	
Carlos Dornels Freire de Souza	
Ana Kívia Silva Matias	
DOI 10.22533/at.ed.68920261020	
SOBRE OS ORGANIZADORES	212
ÍNDICE REMISSIVO.....	214

CAPÍTULO 1

ABORDAGEM SOBRE SEXUALIDADE NO ARRAIÁ DA CAPITAL DE PALMAS-TO

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 06/07/2020

Cristina Silvana da Silva Vasconcelos

Secretaria Estadual de Saúde
Palmas - TO

<http://lattes.cnpq.br/4499864126053573>

Carolina Freitas do Carmo Rodrigues

Fundação Escola de Saúde Pública
Palmas - TO

<http://lattes.cnpq.br/0058684222035148>

Fernanda Maria Fernandes do Carmo Lemos

Secretaria Municipal de Saúde
Palmas - TO

<http://lattes.cnpq.br/1527440792231319>

Allana Lima Moreira Rodrigues

Secretaria Municipal de Saúde
Palmas - TO

<http://lattes.cnpq.br/5354057238238203>

Raiane Silva Mocelai

Secretaria Municipal de Saúde
Palmas - TO

<http://lattes.cnpq.br/7124000756999366>

Suene Ramos de Souza Lemos

Fundação Escola de Saúde Pública
Palmas - TO

<http://lattes.cnpq.br/5035148388788439>

Alcineia Ferreira dos Santos

Secretaria Municipal de Saúde
Palmas - TO

<http://lattes.cnpq.br/3521403081392566>

Ieda Fátima Batista Nogueira

Secretaria Municipal de Saúde
Palmas - TO

<http://lattes.cnpq.br/4533474272566068>

Taísa Souza Ribeiro

Secretaria Municipal de Saúde
Palmas - TO

<http://lattes.cnpq.br/5844462047384740>

Marcus Senna Calumby

Fundação Escola de Saúde Pública
Palmas-TO

<http://lattes.cnpq.br/3156948208865726>

RESUMO: A sexualidade faz parte do desenvolvimento humano e se manifesta de forma distinta ao longo das diferentes fases da vida. A educação sexual é um importante dispositivo para prevenir comportamentos de risco envolvendo diferentes atores, especialmente família, escola e profissionais de saúde. Considerando isso, a atuação direcionada a partir do perfil da população se faz primordial à implementação de medidas interventivas adequadas, seja no âmbito pessoal ou coletivo, já que possuem características psicológicas e fisiológicas distintas. A presente pesquisa teve como objetivo conhecer os aspectos da sexualidade do público do Arraial da Capital no município de Palmas, visando adequado planejamento nas ações de enfrentamento e orientação quanto às IST e ao uso do preservativo e lubrificante como instrumentos de prevenção. Para tanto, foi realizada uma pesquisa de abordagem descritiva e quantitativa com amostragem não probabilística

por conveniência do público do 26º Arraiá da Capital. A coleta de dados deu-se após um contato inicial, onde a população foi convidada a participar da pesquisa, sendo esclarecidos os objetivos e, após aceite, entregava-se o questionário aos participantes, que respondiam às perguntas anonimamente. Houve predominância no sexo masculino (61,5%) com faixa etária de 11 a 18 anos (80%). Em relação a idade da primeira relação sexual, houve uma média de 14,9 anos. Grande parte dos jovens informou não ter mais de um parceiro sexual (67,6%), não fazer uso de preservativos em todas as relações sexuais (53,8%) e nunca ter realizado TR (62,7%), sendo que alguns relataram não saber definir o procedimento e seu objetivo. Conclui-se que há necessidade de intervenção com jovens e a maior divulgação da tecnologia do TR como método de diagnóstico e de prevenção combinada.

PALAVRAS-CHAVE: Sexualidade; IST; Diagnóstico situacional; Educação sexual

APPROACH TO SEXUALITY IN ARRAIÁ FROM THE CAPITAL OF PALMAS-TO

ABSTRACT: Sexuality is part of human development and manifests itself differently throughout the different stages of life. Sex education is an important device to prevent risky behaviors involving different actors, especially family, school and health professionals. Considering this, the action directed from the population's profile is essential to the implementation of appropriate intervention measures, whether in the personal or collective scope, since they have different psychological and physiological characteristics. Considering this, the action directed from the population's profile is essential to the implementation of appropriate intervention measures, whether in the personal or collective scope, since they have different psychological and physiological characteristics. The present research had as objective to know the aspects of the sexuality of the public of Arraiá da Capital in the city of Palmas, aiming at adequate planning in the actions of confrontation and orientation regarding STIs and the use of condoms and lubricants as prevention instruments. For this purpose, a descriptive and quantitative research was carried out with non-probabilistic sampling for the convenience of the public at the 26th Arraiá da Capital. Data collection took place after an initial contact, where the population was invited to participate in the research, the objectives were clarified and after acceptance, the questionnaire was given to the participants, who answered the questions anonymously. There was a predominance of males (61.5%) aged 11 to 18 years (80%). Regarding the age of first sexual intercourse, there was an average of 14.9 years. Most young people reported not having more than one sexual partner (67.6%), not using condoms in all sexual relations (53.8%) and never having undergone RT (62.7%), with some reported not knowing how to define the procedure and its objective. It is concluded that there is a need for intervention with young people and greater dissemination of RT technologies as a method of diagnosis and combined prevention.

KEYWORDS: Sexuality; STD; Situational diagnosis; Sex education

1 | INTRODUÇÃO

A sexualidade é um processo natural, presente no indivíduo desde o nascimento até a velhice que obedece às necessidades fisiológicas e emocionais do indivíduo a qual se manifesta de forma distinta nas diferentes fases do desenvolvimento humano, correspondendo a uma função vital do ser humano (VIEIRA; DE LIMA COUTINHO; DE

ALBUQUERQUE SARAIVA, 2016).

As relações sexuais, uma das formas de vivência da sexualidade, durante muito tempo, foram compreendidas como algo exclusivamente ligado à reprodução, porém deixou de ser uma mera necessidade biológica de perpetuação da espécie, para se tornar, também, uma necessidade psicológica, profundamente influenciada pelos padrões sociais e culturais, representando uma função vital do indivíduo (LEAL VIEIRA *et al.*, 2016). Porém os comportamentos sexuais de risco acabam tornando-se problemas de saúde pública, como as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

O Boletim Epidemiológico nacional aponta uma tendência crescente nos números de casos de IST em todas as regiões do Brasil (BRASIL, 2018). De acordo com o Boletim Epidemiológico de Palmas, publicado em 2016, foram notificados, entre os anos de 1991 e 2015, 722 casos de HIV/Aids entre adultos, tendo uma taxa de detecção no ano de 2015 de 11,4 e um aumento de 50% na transmissão entre homens que fazem sexo com homens (PALMAS, 2016).

Para o enfrentamento dessa realidade, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005) e o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997) recomendam a adoção de estratégias, visando o atendimento dos interesses e necessidades da população. O estabelecimento de determinantes de saúde capazes de identificar e facilitar ações de promoção da saúde é indispensável (BARCELOS; OLIVEIRA, 2011), uma vez que refletem diretamente nas condições de vida da população, com enfoque na tomada de decisão para a melhora da qualidade de vida dessa (FERNANDEZ; MENDES, 2007).

A educação sexual é a principal forma de prevenir comportamentos de risco, seja promovendo os comportamentos preventivos, seja alterando os comportamentos iniciais de risco, devendo conhecer os fatores situacionais que possam intervir na implementação desse comportamento/mudança, como são as normas sociais, a pressão da sociedade e a influência do parceiro (RAMIRO *et al.*, 2011).

Pautadas nessa perspectiva de Ramiro *et al.* (2011) e na necessidade de intervenções frente ao crescente número de IST no município de Palmas, a atuação do Grupo Condutor (GC) de Doenças Infectocontagiosas considerou a importância de conhecer o território, a fim de ocupar espaços estratégicos e trazer soluções para os problemas de saúde pública (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

A configuração de GC, baseada no Modelo de Atenção às Condições Crônicas que tem como objetivo sistematizar a rede de atenção à saúde pautada na organização da assistência conforme o estrato de risco (MENDES, 2012), possibilita a construção e implementação de fluxos, acompanhamento e avaliação de cada caso, de forma conjunta entre as equipes de vigilância, a Atenção Primária à Saúde (APS) e os Serviço de Atenção Especializada (SAE), possibilitando assim o fortalecimento das ações de vigilância em saúde.

O GC é responsável pelo desenvolvimento de diversas atividades, como campanhas

de prevenção entre a população geral e grupos específicos, treinamentos na rede assistencial do município, atividades de vigilância epidemiológica, planejamento das ações, além de outras articulações com a rede municipal e estadual de saúde e organizações não governamentais atuantes no município (MALISKA; PADILHA; ANDRADE, 2014).

Portanto, conhecer as características da população se faz primordial à implementação de medidas interventivas adequadas, seja no âmbito pessoal ou coletivo, já que possuem características psicológicas e fisiológicas distintas (MURAKAMI, 2014). Assim, o objetivo desta pesquisa foi conhecer os aspectos da sexualidade da população de Palmas - TO por meio do público do "Arraiá da Capital", visando orientar quanto às IST e ao uso do preservativo e lubrificante como instrumentos de prevenção e futuro planejamento nas ações de enfrentamento às IST.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem descritiva e quantitativa, caracterizada por ser um estudo epidemiológico observacional de campo com objetivos analíticos do tipo transversal.

A pesquisa foi realizada através de amostragem não probabilística por conveniência do público do 26º Arraiá da Capital. O uso deste tipo de amostragem justifica-se pela indisponibilidade de tempo dos pesquisadores e fácil acesso aos dados e vontade do pesquisado de se voluntariar, sendo assim, os elementos da população são selecionados por conveniência do pesquisador (FARROKHI; MAHMOUDIHAMIDABAD, 2012).

O período de coleta de dados deu-se durante a realização do 26º Arraiá da Capital de Palmas - Tocantins, que foi realizado entre os dias 27 de junho a 01 de julho de 2018 na Vila Olímpica, localizada na região sul da cidade. O evento, conhecido como o maior Arraiá da região Norte do País, realizado há 23 anos, e que reúne mais de 20 quadrilhas, contou com uma programação diversificada com apresentações folclóricas diversas; concurso de Rainha; o já tradicional concurso de quadrilhas juninas; shows musicais com artistas regionais e nacionais; coreto do forró com atividades voltadas aos apreciadores do ritmo nordestino; cidade cenográfica e um espaço destinado ao público infantil "Arraiá Dus Mulequim" (PALMAS, 2018).

Para realização da pesquisa, o projeto de orientação e coleta de dados foi apresentado previamente à coordenadora do GC de Doenças Infectocontagiosas, à Superintendente de Atenção e Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas e ao Secretário de Saúde, sendo aprovado para realização.

Após anuência dos respectivos gestores, a abordagem deu-se de três formas: expositiva, de orientação e coleta de dados. A abordagem expositiva ocorreu por meio de um painel interativo fixo para fotos, que apresentava informação sobre o uso do preservativo como tecnologia para prevenção das IST; distribuição de folders sobre as IST

(HIV/Aids, Sífilis e Hepatites B e C), preservativos femininos e masculinos e lubrificantes; e a utilização da fantasia de preservativo para conscientização e divertimento do público.

O procedimento de orientação sobre prevenção das IST, práticas sexuais seguras e sobre a realização de Teste Rápido (TR) para detecção de HIV e triagem de Sífilis e Hepatites Virais B e C deu-se às pessoas que se aproximavam por demanda espontânea ou que eram convidados pelas pesquisadoras.

A coleta de dados deu-se após um contato inicial, onde a população foi convidada a participar da pesquisa, sendo esclarecidos os objetivos e após aceite, entregava-se o questionário aos participantes, que respondiam às perguntas anonimamente. O instrumento foi composto pelas seguintes variáveis: sexo biológico, idade, idade da primeira relação sexual, quantidade de parceiros sexuais atuais, uso do preservativo e realização de TR. A escolha pelo uso de questionário justificou-se pela facilidade com que se interroga um elevado número de pessoas, num espaço de tempo relativamente curto numa abordagem quantitativa (AMARO; PÁVOA; MACEDO, 2005).

A equipe de pesquisa foi composta pelas profissionais do GC de Doenças Infecção-contagiosas, formada por duas biomédicas (uma preceptora do Programa de Residências Multiprofissional em Saúde Coletiva e uma residente), quatro enfermeiras (uma técnica da Secretaria Municipal de Saúde e três residentes), uma psicóloga e uma assistente social (ambas técnicas da Secretaria Municipal de Saúde).

Os dados obtidos foram analisados por meio de frequência, utilizando o Excel (2007). A análise descritiva e estatística foi realizada à luz da literatura pertinente.

Para realização desta pesquisa, seguimos a Resolução nº 510/16, que isenta o registro e avaliação pelo CEP de pesquisas que objetivam o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito.

3 | RESULTADOS

Durante os cinco dias do "Arraiá da Capital", mais de 100 mil pessoas passaram pelo evento (COTRIM, 2018). Deste público, 470 (0,47%) pessoas responderam ao questionário.

Do público avaliado, conforme a Tabela 1 a seguir, houve predominância no sexo masculino (61,49%) com faixa etária de 11 a 18 anos (80%). Em relação a idade da primeira relação sexual, houve uma média de 14,9 anos. Grande parte dos jovens informou não ter mais de um parceiro sexual (67,65%), não fazer uso de preservativos em todas as relações sexuais (53,82%) e nunca ter realizado TR (62,77%), sendo que alguns relataram não saber definir o procedimento e seu objetivo.

Variáveis	FA (n)	FR (%)
Sexo		
Masculino	289	61,5 %
Feminino	151	32,1 %
Sem resposta	30	6,4 %
Idade da primeira relação sexual		
02 a 06 anos	3	1%
07 a 10 anos	31	6%
11 a 14 anos	154	33%
15 a 18 anos	220	47%
19 a 22 anos	40	8%
23 a 26 anos	4	1%
27 anos ou mais	3	1%
Sem resposta	15	3%
<i>Média (Sd)</i>	14,9(9,12)	
Tem mais de um parceiro sexual		
Não	318	67,6%
Sim	152	32,4%
Faz uso de preservativo em todas as relações sexuais		
Não	253	53,8%
Sim	217	46,2%
Já realizou Teste Rápido		
Não	295	62,8%
Sim	172	36,6%
Sem resposta	3	0,6%

Tabela 1 - Distribuição da população segundo características demográficas e sexuais. Palmas, 2018. (n=470)

Fonte: próprias autoras.

4 | DISCUSSÃO

Por ser considerado um assunto particular e possuir uma gama de significados ancorada a uma infinidade de fatores, a sexualidade continua sendo um tema que exige cuidado ao ser abordado (MARQUES *et al.*, 2016), por ser ainda considerado um tabu na nossa sociedade. Fator que pode ter contribuído na baixa participação (0,47%) da população nesta pesquisa.

Quanto ao sexo biológico dos participantes ser em sua maioria masculino, De Souza *et al.* (2019), em pesquisa sobre a sexualidade da mulher, mostrou que elas consideram que a sexualidade é um assunto que diz respeito a si mesma e passível de discussão apenas com o companheiro, por acreditar que sexualidade seja um assunto muito banalizado, assim como por ter receio de falar sobre com as pessoas e elas não terem maturidade para

a conversa, além de referirem limitações, receios e constrangimentos em função de terem que compartilhar intimidades e expor suas dificuldades.

Esse posicionamento repressivo das mulheres é um dos resultados da influência da educação sexual repressora, inexistente ou errônea que recebem durante a formação de sua sexualidade em uma sociedade que ainda considera esse assunto um tabu. A falta da educação sexual causa diversos problemas no tocante ao aumento do preconceito e da violência, oriundos do conservadorismo e do patriarcado, incluindo uma entrada precoce das pessoas no mundo da sexualidade sem que elas pensem sobre isso (MARIZ, 2019).

O início precoce da vida sexual ativa e vulnerabilidade ao abuso sexual, visto o início anterior aos 14 anos de idade, foi evidente nesta pesquisa com média de 14,9 anos, e 40% das pessoas com início antes dos 15 anos de idade, o que acompanhou a média de idade de outras pesquisas brasileiras (MARANHÃO *et al.*, 2017; SOUZA, 2018; BARBOSA, 2020). O início da vida sexual precoce, a curiosidade, bem como a necessidade de afirmação em grupos, podem levar a comportamentos de experimentação arriscada, sem adesão às medidas de prevenção, tornando-os mais suscetíveis a adquirirem e transmitirem as IST, uma vez que não apresentam manifestações evidentes no corpo, aumentando a cadeia de transmissão e, conseqüentemente, o número de infectados (SOUZA, 2018). Além disso, pode ser um fator relevante para gravidez não desejada e consumo excessivo de álcool e outras drogas (MARANHÃO *et al.*, 2017).

Nesse contexto, a família e a escola tornam-se fundamentais no diálogo sobre a sexualidade, pois ambos são espaços de socialização, identificação e formação de subjetividades (SILVA; TIMBÓ, 2017). O modo como a família transmite informações e se porta moralmente diante dos comportamentos das crianças e dos adolescentes é determinante para promover um diálogo aberto e seguro sobre essa temática (GONÇALVES *et al.*, 2018; BARBOSA *et al.*, 2020). A escola, por sua vez, assim como ressalta Furlanetto *et al.* (2018), deve inserir a educação sexual de forma sistemática, contínua e abrangente utilizando metodologias que favoreçam a reflexão e a ressignificação de comportamentos e valores.

Considerando o início sexual cada vez mais precoce, Barbosa *et al.* (2020) questionam o acesso às informações que influenciam positivamente a prática sexual dos adolescentes. Em pesquisa realizada no nordeste, Maranhão *et al.* (2017) identificaram que mais de 78% dos jovens revelou não ter procurado orientações no serviço de saúde antes de ter a primeira relação sexual. Assim, destaca-se a importância da família, escola e serviços de saúde atuarem juntos como provedores de orientações confiáveis, que considerem o adolescente protagonista na sua história, e detentor de direitos a saúde e informação.

Apesar do comportamento sexual de risco do início precoce da vida sexual por maior parte dos participantes, o mesmo não ocorreu com o número de parceiros atuais, que foi em sua maioria único por 67,65% dos entrevistados. Possuir múltiplos parceiros, propicia

uma maior exposição, tornando-se maior a possibilidade de infecção pelas IST (CABRAL; SANTOS; OLIVEIRA, 2015).

Entretanto, estudo que avaliou a influência da confiança no parceiro na decisão do uso da camisinha revelou que esse sentimento pelo parceiro influencia no uso inconsistente do preservativo e em outros comportamentos de risco relacionados ao sexo (PLUTARCO *et al.*, 2019). O uso de outros métodos contraceptivos também está relacionado ao abandono do preservativo (NASCIMENTO *et al.*, 2017).

Relacionado ao uso do preservativo, 53,82% dos entrevistados afirmaram não fazer o uso em todas as relações sexuais. Segundo a Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira (BRASIL, 2016) mais de 94% da população brasileira sabe que o uso do preservativo é a melhor maneira de prevenir a infecção pelas IST. No entanto, pesquisas mostram que nos últimos anos houve queda no uso de preservativo, sendo esta mais preocupante entre jovens, mesmo que esses apresentem as maiores proporções de uso do preservativo (BRASIL, 2016).

Estudos apontam que os motivos mais recorrentes para o não uso do preservativo estão: não possuir o preservativo no momento da relação e ter confiança no parceiro (SILVA, 2014; DA COSTA *et al.*, 2018). Outro motivo que deve ser considerado é a perda de sensibilidade, como evidenciado no estudo de Silva (2014) no qual quase 70% consideram que o preservativo diminui o prazer. Vale ressaltar que, o preservativo masculino é o mais utilizado, sendo necessário empoderar o público feminino, investindo também em distribuição e aconselhamento sobre o preservativo feminino (REISI; MELO; GIRI, 2016).

Reconhecida a resistência para o uso do preservativo é válido considerar a prevenção combinada, que associa diferentes métodos de prevenção ao HIV e outras IST ao mesmo tempo ou em sequência, conforme as características e o momento de vida de cada pessoa. Entre os métodos que podem ser combinados, estão: a testagem regular para o HIV, que pode ser realizada gratuitamente no Sistema Único de Saúde (SUS); a prevenção da transmissão vertical (quando o vírus é transmitido para o bebê durante a gravidez); o diagnóstico e tratamento das IST; a imunização para as hepatites A e B; programas de redução de danos para usuários de álcool e outras substâncias; profilaxia pré-exposição (PrEP); profilaxia pós-exposição (PEP); e o tratamento de pessoas que já vivem com HIV; além do uso do preservativo feminino, masculino e gel lubrificante.

Com relação aos TR, 62,77% informaram não terem realizado, sendo que houve relatos de desconhecimento. Estudo realizado por Rodrigues, Malheiros e Brustulin (2019), que avaliou a atenção ofertada pela APS para o controle do HIV/Aids, identificou que realidade do TR no município revela a necessidade de elaborar ações de incentivo à testagem das IST, permitindo a ampliação do rastreamento dos casos latentes e daqueles com comportamento de risco, como também executar o monitoramento contínuo desses indivíduos.

Anteriormente, os TR eram centralizados nos SAE, mas pelo processo de

descentralização do HIV foram inseridos também na APS, que possui os TR como uma das técnicas de relevância para o diagnóstico do HIV e de outras IST (sífilis e hepatites), cuja metodologia permite a detecção de anticorpos em 30 minutos, possui baixo custo, são altamente sensíveis e específicos e de fácil aplicação e interpretação (BRASIL, 2014b), além de permitir o imediato início do tratamento.

Inicialmente direcionado para as gestantes e seus parceiros, hoje os TR devem abranger toda a população sob livre oferta, seguindo os princípios da universalidade e acessibilidade do SUS (OLIVEIRA; AFONSO, 2017).

Por conta da amostragem por conveniência e conseqüente limitação no número de participantes, inclusive com relação à parcela de adultos e idosos, e do questionário que inviabiliza uma avaliação mais profunda das necessidades da população e que possibilitava enviesamento das respostas socialmente aceitável, sugere-se que novos estudos sejam realizados na tentativa de estimular a discussão das práticas sexuais de risco e as tecnologias envolvidas no enfrentamento das IST.

5 | CONCLUSÃO

A realização desta pesquisa evidenciou que há muitas pessoas jovens sexualmente ativas que tiveram o início de sua vida sexual ocorrido de forma precoce, não fazendo uso de preservativo em todas as relações e que nunca realizaram TR. Esse cenário que acarreta nos altos índices de IST no município demonstra a importância da abordagem da sexualidade como um processo natural e necessário de acordo com o desenvolvimento de cada sujeito.

Neste sentido, para garantir uma atenção integral à população, que inclui a abordagem de sua sexualidade e suas práticas sexuais, a educação em saúde, promoção, prevenção e redução de danos deve ser mais estimulada, promovendo diagnóstico precoce, tratamento adequado, redução da cadeia de transmissão das IST e, conseqüentemente, a vivência de atitudes e comportamentos saudáveis que promovem o senso de auto responsabilidade e compromisso para com a sua própria sexualidade.

Vale ressaltar a necessidade de intervenção com jovens e a maior divulgação da tecnologia do TR como método de diagnóstico e de prevenção combinada.

REFERÊNCIAS

AMARO, A.; PÓVOA, A.; MACEDO, L. **A arte de fazer questionários**. Metodologia de Investigação em Educação. Porto: Faculdade de Ciências da Universidade do Porto, 2005.

BARCELOS, A. R. G.; DE OLIVEIRA, LIGIA I. E. Relações entre autopercepção de saúde, aspectos sociodemográficos e doenças crônicas não transmissíveis de idosos que frequentam um projeto social de uma cidade do Vale do Rio dos Sinos, RS. **Revista Conhecimento Online**, v. 2, p. 108-124, 2011.

BAUER, M.; MCAULIFFE, L.; NAY, R. Sexuality, health care and the older person: an overview of the literature. **International Journal of Older People Nursing**, v. 2, n. 1, p. 63-68, 2007.

BARBOSA, L. U. *et al.* Dúvidas e medos de adolescentes acerca da sexualidade e a importância da educação sexual na escola. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 4, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual técnico para diagnóstico da infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

CABRAL, J. V. B.; SANTOS, S. S. F.; OLIVEIRA, C. M. Sociodemographic, epidemiological and clinical profile of the cases of HIV/Aids among adolescents in Pernambuco State (Brazil). **Rev Uniara**, v. 18, n.1, p. 149-63, 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 510/2016** □ Dispõe sobre a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

COTRIM, J. **Arraiá da Capital: evento reúne milhares em cinco dias de competição entre quadrilhas juninas**. Gazeta do Cerrado, Palmas, 02 de julho de 2018. Disponível em: <<https://gazetadocerrado.com.br/arraia-da-capital-evento-reune-milhares-em-cinco-dias-de-competicao-entre-quadrilhas-juninas/>>. Acesso em: 29 de junho de 2020.

DA COSTA TEIXEIRA, R.; DE MARIA, E. D. S. C.; DA SILVA, F. J.; KIETZER, K. S.; NUNES, E. F. C.; DA SILVA DIAS, F. D. S.; MUNIZ, J. W. C. Uso de preservativos por alunos de cursos de saúde em uma Universidade pública. Semina: **Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 39, n. 1, p. 85-90, 2018.

DE SOUZA, J. M. F.; REZENDE, K. T. A.; PEDROSO, L. A.; DA ROCHA TONHOM, S. F. A sexualidade da mulher na perspectiva das usuárias da atenção básica à saúde. **CIAIQ2019**, v. 2, p. 1536-1545, 2019.

FARROKHI, F.; MAHMOUDI- HAMIDABAD, A. Rethinking convenience sampling: defining quality criteria. **Theory and Practice in Language Studies**, v. 2, n. 4, p. 784-792, 2012.

FERNANDEZ, J. C. A.; MENDES, R. **Promoção da saúde e gestão local**. São Paulo: Hucitec, 2007.

FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. **O território e o processo saúde-doença**. / Organizado por Angélica Ferreira Fonseca e Ana Maria D'Andrea Corbo. □ Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

- FURLANETTO, M. F.; LAUERMANN, F.; DA COSTA, C. B.; MARIN, A. H. Educação Sexual em escolas brasileiras: uma revisão sistemática de literatura. **Cadernos de Pesquisa**. v. 48, n. 168, p. 550-571, 2018.
- GONÇALVES, H. *et al.* Início da vida sexual entre adolescentes (10 a 14 anos) e comportamentos em saúde. **Rev. Bra. Epidemiol.**, v. 18, n. 1, p. 1-18, 2015.
- LEAL VIEIRA, K. F.; DA NÓBREGA, R. P. M.; ARRUDA, M. V. S.; DE MELO VEIGA, P. M. Representação Social das Relações Sexuais: um Estudo Transgeracional entre Mulheres. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 36, n. 2, 2016.
- MARANHÃO, T. A.; GOMES, K. R. O., OLIVEIRA, D. C.; NETO, J. M. M. Repercussão da iniciação sexual na vida sexual e reprodutiva de jovens de capital do Nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 22, n. 12, p. 4083-4094, 2017.
- MALISKA, I. C. A.; PADILHA, M. I.; ANDRADE, S. R. Políticas voltadas às DSTs/Aids e sua integração político-assistencial no contexto do SUS: um estudo sobre o município de Florianópolis-SC. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 3, 2014.
- MARQUES, A. D. B.; DA SILVA, R. P.; DOS SANTOS SOUSA, S.; DA SILVA SANTANA, R.; DE DEUS, S. R. M.; DE AMORIM, R. F. A vivência da sexualidade de idosos em um centro de convivência. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 5, n. 3, 2016.
- MARIZ, E. B. **Educação Sexual: uma reflexão sobre sua inserção nas escolas.** / Edjane Bernardo Mariz. - Sousa: [s.n], 2019. 66 fl. Monografia (Curso de Graduação em Serviço Social) □ Centro de Ciências Jurídicas e Sociais - CCJS/UFCG, 2019.
- MENDES, E. V. O modelo de atenção às condições crônicas na ESF. **Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 142-3, 2012.
- MONKEN, M.; BARCELLOS, C. **O território na promoção e vigilância em saúde.** In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (Org.). O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.
- MURAKAMI, E.; ARANHA, V. C.; FRANÇA, C. C.; BENUTE, G. R. G.; LUCIA, M. C. S. D.; JACOB FILHO, W. Ser nonagenário: a percepção do envelhecimento e suas implicações. **Psicologia Hospitalar**, v. 12, n. 2, p. 65-82, 2014.
- NASCIMENTO, E. G. C.; CAVALCANTI, F. A. M.; ALCHIERI, J. C. Adesão ao uso da camisinha: a realidade comportamental no interior do nordeste do Brasil. **Revista de Salud Pública**, 19, 71-80, 2017.
- OLIVEIRA, J. A. S.; AFONSO, V. T. M. O teste rápido para o diagnóstico de HIV na atenção primária à saúde e a importância da atuação do enfermeiro. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM, 2., 2017, Aracajú. **Anais [...]**. Aracajú: Universidade Tiradentes, 2017.
- O.M.S. **Growing in Confidence: Programming for Adolescent health and Development – Lessons from eight countries.** Department of Child and Adolescent Health and Development. 1992.

O.M.S. DI MARIO, S.; BASEVI, V.; GORI, G.; SPETTOLI, D. **What is the effectiveness of antenatal care?** Copenhagen: World Health Organization; 2005.

PALMAS. Secretaria de Comunicação. **Prefeitura de Palmas lança programação do 26º Arraiá da Capital nesta quinta.** T1 notícias, Palmas, 29 de março de 2018. Disponível: <<https://www.t1noticias.com.br/cidades/prefeitura-de-palmas-lanca-programacao-do-26o-arraia-da-capital-nesta-quinta/92776/>>. Acesso em: 29 de junho de 2020.

PALMAS. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Vigilância em Saúde. Área Técnica DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids, Sífilis e Hepatites Virais.** Palmas: Secretaria Municipal de Saúde, 2016.

PLUTARCO, L. W.; MENESES, G. D. O.; ARRUDA, C. M.; HOLANDA, L. C.; SANTOS, W. S. D. A influência da confiança no parceiro na decisão do uso da camisinha. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 20, n. 1, p. 220-233, 2019.

RAMIRO, L.; REIS, M.; MATOS, M. G. D.; DINIZ, J. A.; SIMÕES, C. Educação sexual, conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos nos adolescentes. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 29, n. 1, p. 11-21, 2011.

REISI, R. K.; MELOI, E. S.; GIRI, E. Fatores associados ao uso inconsistente do preservativo entre pessoas vivendo com HIV/Aids. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 1, p. 40-46, 2016.

RODRIGUES, C. F. C.; MALHEIROS, M. M. A.; BRUSTULIN, R. **Avaliação do Controle do HIV/Aids na Atenção Primária no Município de Palmas □ TO.** 2019. 75f. (Monografia da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva). UFRJ, Rio de Janeiro, 2019.

SILVA, V. O. F. L. **Conhecimento de estudantes universitários sobre a transmissão das IST/VIH/SIDA e o uso do preservativo.** Cabo Verde: Universidade de Cabo Verde; 2014.

SILVA, P. A.; TIMBÓ, R. C. O papel da escola no processo de socialização na educação infantil. **Revista PLUS FRJ: Revista Multidisciplinar em Educação em Saúde.** n.3, p. 68, 2017.

SOUZA, L. S. **Conhecimentos e práticas de adolescentes acerca das Infecções Sexuais Transmissíveis (ISTs) nas escolas públicas do município de Aracaju/SE.** Trabalho de conclusão de curso em Farmácia. UFS, Sergipe, 2018.

VIEIRA, K. F. L.; DE LIMA COUTINHO, M. P.; DE ALBUQUERQUE SARAIVA, E. R. A sexualidade na velhice: representações sociais de idosos frequentadores de um grupo de convivência. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 36, n. 1, p. 196-209, 2016.

CAPÍTULO 2

ALGORITMO NO TRATAMENTO DA ACNE - CONSENSO DO GRUPO IBERO-LATINOAMERICANO DE ESTUDOS DA ACNE - GILEA

Data de aceite: 01/10/2020

Data da submissão: 07/07/2020

Ediléia Bagatin

Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP
São Paulo – SP, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/6478900066830476>
0000-0001-7190-8241

Mercedes Florez-White

Universidade Internacional da Florida, Estados Unidos
0000-0002-0751-8932

María Isabel Arias-Gomez

Clinica Privada, Cidade do México, México
0000-0002-5024-4519

Ana Kaminsky

Universidade de Buenos Aires, Argentina
0000-0003-4944-6583

RESUMO: A acne é doença inflamatória crônica, imunomediada, com prevalência elevada entre os adolescentes, mas pode ocorrer em qualquer idade. Por comprometer a face, além do tórax anterior e dorso e apresentar o risco de deixar cicatrizes de difícil tratamento, apresenta impacto negativo na qualidade de vida. Esse impacto é ainda mais relevante nas mulheres adultas. A acne da mulher adulta apresenta um crescimento acentuado na prevalência nas últimas décadas. Em outras palavras, a acne em adultos (acima dos 25 anos) é muito mais frequente entre as mulheres com repercussão

psicossocial importante. O tratamento adequado, efetivo, seguro e o mais precoce possível é a chave para a remissão ou cura da doença, sem sequelas físicas e/ou emocionais. O Grupo Ibero-LatinoAmericano de Estudos da Acne (GILEA) reuniu profissionais, pesquisadores e/ou professores, com conhecimento reconhecido sobre a doença, durante os anos de 2012 a 2019 e elaborou, por consenso, um algoritmo de tratamento prático e adaptado à realidade dos países da América Latina, Espanha e Portugal, que tem sido atualizado a cada 2 anos. Este artigo pretende divulgar esse algoritmo em português, além de apresentar uma revisão sucinta sobre conceitos atualizados sobre como tratar a acne de forma racional, segura e efetiva. São descritas as opções terapêuticas tópicas, sistêmicas, procedimentos complementares e orientações sobre cuidados com a pele susceptível à acne.

PALAVRAS - CHAVE: Acne, tratamento, guia, terapia, algoritmo.

ALGORITHM FOR ACNE TREATMENT - IBERIAN-LATIN AMERICAN CONSENSUS*

ABSTRACT: Acne is a chronic, immune-mediated, inflammatory disease with a high prevalence among adolescents; nevertheless, it can occur at any age. By compromising the face, in addition to the anterior thorax and back and presenting the risk of leaving scars difficult to treat, it has a negative impact on the quality of life. The impact is more relevant for adult women. Adult female acne has been presenting an increase in prevalence in the last decades. Adequate,

effective, safe and early treatment is the key to remission or cure of the disease, without physical and / or emotional sequelae. The Iberian-Latin American Group of Acne Studies (GILEA) brought together professionals, researchers and / or professors with recognized expertise on the disease during the years 2012 to 2019 and developed by consensus a therapeutic guide or practical algorithm of acne treatment, adapted to the reality of the Latin American countries, Spain and Portugal, which has been updated every two years. This article intends to disseminate this algorithm in Portuguese, as well as presents a brief review of the new concepts on how to treat acne in a rational, safe and effective way. The topical and systemic therapeutic options will be discussed, as well as, complimentary procedures and orientations about skin care in patients with acne.

KEYWORDS: Acne, treatment, guide, therapy, algorithm.

O Grupo Ibero-LatinoAmericano de Estudos da Acne - GILEA, constituído por 30 dermatologistas da América Latina, Espanha e Portugal, reunido em várias sessões de discussão, elaborou um algoritmo de tratamento para acne, baseado na literatura (Williams, 2012; Goh, 2015; Zaenglein, 2016; Nast, 2016, Cooper, 2017; Thiboutot, 2018) e no consenso entre *experts* dos países citados (Kaminsky, 2015). O algoritmo em português é apresentado na figura 1.

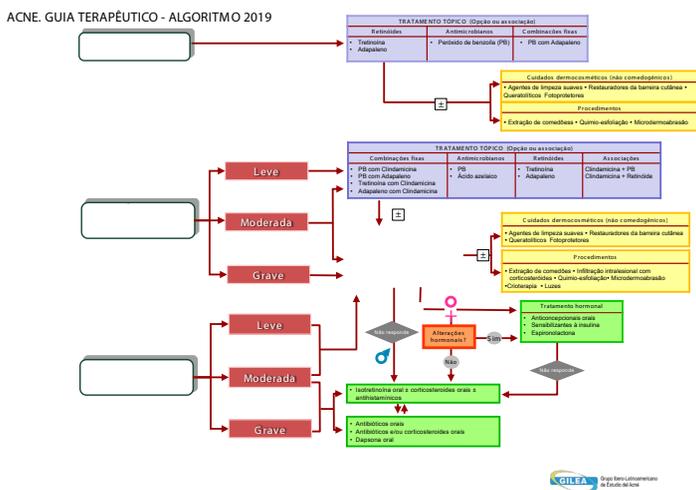


Figura 1. Algoritmo de tratamento da acne em português

As opções terapêuticas presentes no algoritmo são discutidas a seguir.

Tratamento tópico

Os agentes tópicos para acne são disponíveis em produtos com um só composto ou em combinações fixas que são preferidas (Zaenglein, 2016). São indicados para uso isolado ou associado ao uso sistêmico de antibióticos ou hormônios. Quando a opção

terapêutica for a isotretinoína oral não há necessidade de medicação tópica (Fox, 2016).

Dermocosméticos ou Cosmecêuticos

De modo geral, são usados como coadjuvantes, exceto em formas muito leves de acne comedoniana com hiperseborréia em que podem ser suficientes para o seu controle (Lee, 2011). Incluem: produtos para limpeza da pele suaves; queratolíticos, como ácido salicílico, hidroxiácidos, retinol, nicotinamida; hidratantes reparadores da barreira cutânea para controlar eventos adversos, como irritação e ressecamento da pele pelos produtos usado no tratamento e fotoprotetores, para evitar hiperpigmentação pós-inflamatória, em formulações adequadas para pele com acne (Draelos, 2011; Kim, 2015; Goh, 2016;). Para as mulheres, a maquiagem corretiva e a camuflagem, em produtos não gordurosos, devem ser estimuladas por melhorar a aparência da pele, com efeito positivo na qualidade de vida, evitando a manipulação das lesões e contribuindo para a fotoproteção (Araviiskaia, 2016; Monfrecola, 2016).

Retinóides tópicos

São derivados da vitamina A que normalizam a queratinização do epitélio infundibular, reduzem a comedogênese, tem ação anti-inflamatória e aumentam a penetração de outros medicamentos (Shalita, 2011). Agem regulando genes que controlam diferenciação celular, metabolismo lipídico, apoptose e ciclo celular pela ligação a receptores nucleares de dois tipos: receptores do ácido retinóico (RARs) e receptores X (RXRs), subdivididos em alfa, beta e gama; com predomínio de alfa e gama na epiderme e beta na derme (Larange, 2016; Khalil, 2017). Estudos *in vitro*, demonstraram que são capazes de reduzir a expressão dos receptores Toll-like 2 (TLR-2), da imunidade inata, dos sebócitos que reconhecem padrões moleculares de patógenos, como o *Propionibacterium acnes* (*P. acnes*), atualmente denominado *Cutibacterium acnes* (*C. acnes*). Ocorre ativação de vias de sinalização nucleares, como NF-κB com produção de citocinas inflamatórias que ativam macrófagos, células *natural-killer* (NK) e neutrófilos e estimulam a resposta imune adaptativa (Liu, 2005; Tenaud, 2007). Os retinóides tópicos disponíveis no Brasil são: **tretinoína ou all-trans ácido retinóico** (em concentrações de 0,025%, 0,05% e 0,1%) e **adapaleno**, este com seletividade aos receptores RAR beta e gama, o que reduz efeitos colaterais, como eritema e descamação (Khalil, 2017). Foram classificados como drogas classe C pelo Food and Drug Administration (FDA) dos Estados Unidos; mas recentemente o FDA aprovou o uso do adapaleno 0,1%, sem prescrição médica, baseando-se em metanálise que comprovou não haver aumento na incidência de malformações congênitas, aborto, baixo peso ao nascer ou prematuridade em mulheres que usaram adapaleno na gestação (Kaplan, 2015).

Ácido azeláico (AA): é um ácido dicarboxílico indicado para o tratamento da acne, particularmente para a acne da mulher adulta (Thiboutot, 2008). Os mecanismos de ação são: normaliza a hiperqueratinização folicular, diminui a proliferação do *C. acnes* e reduz a inflamação, por ativar os receptores nucleares PPARγ e inibir a via NF-κB. Os receptores

PPAR γ controlam a expressão de genes envolvidos na inflamação e resposta ao estresse oxidativo. A redução da queratinização resulta do efeito citostático nos queratinócitos e a ação antibacteriana é devida à inibição da síntese proteica das bactérias. O AA não causa resistência bacteriana (Mastrofrancesco, 2010).

Peróxido de benzoíla

O peróxido de benzoíla (PB) é um agente antimicrobiano com atividade contra o *C. acnes* pela liberação de espécies reativas de oxigênio, com efeito comedolítico moderado. Não há descrição de cepas de *C. acnes* resistentes ao PB; é útil para evitar a resistência bacteriana e remover bactérias resistentes. É disponível em concentrações de 2,5%, 4%, 5%, 8% e 10 %, com possíveis efeitos colaterais, como ardor, descamação e eritema (Fakhouri, 2009; Kircik, 2013).

Combinações fixas

As combinações fixas apresentam vantagens sobre a monoterapia, por atuarem em vários fatores etiopatogênicos, uso uma vez ao dia, aumentando a adesão, com melhores resultados. Estudo sobre adesão ao tratamento da acne, constatou que uma das principais causas de abandono é a prescrição de várias medicações tópicas, além de idade abaixo de 15 anos e presença de efeitos colaterais (Dreno, 2010). Existem diversas opções no mercado que se tornaram a primeira escolha para acne inflamatória leve a moderada: **PB** com **clindamicina** que acelera a melhora e evita resistência bacteriana (Bucks, 2009); **tretinoína** com **clindamicina** (Dreno, 2014); **PB** com **adapaleno**, com ação antimicrobiana, anti-inflamatória, comedolítica e o adapaleno aumenta a penetração do PB (Eichenfield, 2010; Tan, 2011). Estudo comparativo mostrou que a combinação de adapaleno com PB foi tão efetiva quanto PB com clindamicina, mas esta foi melhor tolerada (Gonzalez, 2012). Na acne grave, foi demonstrado que a combinação de adapaleno/PB e doxiciclina oral (100 mg/dia), foi mais eficaz que a combinação com placebo (Gold, 2010).

Tratamento sistêmico

As opções são: isotretinoína, antibióticos e hormônios anti-androgênicos (Leheta, 2011).

Isotretinoína oral

Foi sintetizada em 1955, mas só em 1976, foi testada no tratamento da acne na Europa. Em 1982, foi publicado o primeiro estudo clínico duplo-cego e randomizado que demonstrou eficácia na dose diária de 1,2 mg/kg, durante 4 meses, em 33 pacientes com acne grave (Peck, 1982). Nesse ano foi aprovada nos Estados Unidos e nos anos seguintes vários autores, repetiram e publicaram estudos confirmando a sua eficácia e segurança, provocando remissão prolongada ou cura da doença, com efeitos colaterais dose-dependentes, controláveis e reversíveis (Strauss, 1985; Sampaio, 1985; Ruiz Maldonado, 1992; Layton, 1993; Pfeffer, 1998; Cooper, 2003; Dhir, 2008).

Mecanismos de ação

É o agente sebo-supressivo mais eficaz, efeito demonstrado já em 1982 (Strauss, 1982). Revolucionou o tratamento da acne grave por atuar em todos os fatores etiopatogênicos: diminuição da comedogênese, tamanho da glândula sebácea e sebogênese pela apoptose dos sebócitos; altera o microambiente folicular, com redução da colonização pelo *C. acnes* e diminui a inflamação pela modulação da atividade dos TLRs 2 e 4 (Dispenza, 2012). Estudos recentes elucidaram os mecanismos moleculares desses efeitos. Produz ativação do gene p53 que interliga as vias sinalizadoras ativadas e inibidas; inibe a via IGF1R/PI13/AKT/mTORC1, PPAR- γ que estimula a lipogênese sebácea e ativa as vias FoxO3, FoxO1, TRAIL, caspase 3 que inativam receptores de andrógenos e induzem apoptose de sebócitos (Melnik, 2016, 2017).

Farmacocinética

A biodisponibilidade é de 25%, aumentada com alimentação gordurosa. Apresenta baixa afinidade pelos receptores dos retinóides, ou seja, é pró-droga atuando pela conversão em ácido all-trans retinóico ou metabólitos. É metabolizada no fígado e a excreção, em parte inalterada e seus principais metabólitos, se dá pelas fezes e urina. A vida média plasmática é de 10 a 20 horas e não há acúmulo no fígado, com baixo risco de hepatotoxicidade grave, embora possa ocorrer elevação das enzimas hepáticas. Após a suspensão desaparece do soro e da pele em 2 a 4 semanas (Harrison, 2018).

Indicação e Dose

As indicações aprovadas são: acne nódulo-cística grave e pápulo-pustulosa moderada que não melhora com tratamentos convencionais em dois ou três ciclos, recidiva rápida, tendência a cicatrizes e impacto psicossocial negativo (Tugrul, 2019; Vallerand, 2018; Thiboutot, 2018; Landis, 2020). As doses recomendadas são: diária de 0,5 a 1,0 mg/kg, e total de 120 a 150 mg/kg. Na acne grave, história prolongada e envolvimento extenso podem ser necessários tratamentos mais prolongados, doses mais elevadas ou vários ciclos (Agarwal, 2011; Blasiak, 2013). Regimes de doses diárias mais baixas, entre 0,1 a 0,3 mg/kg ou menos, tem sido relatado com eficácia, custo menor, menos efeitos colaterais, melhor tolerabilidade e maior adesão. A dose total tem sido discutida e parece não ser um bom parâmetro para interromper o tratamento. Há tendência de manter a droga até resolução completa das lesões e mais uma dois meses (Rademaker, 2016; Tan, 2016; Mokhtari, 2017). É preciso cuidado em mulheres em idade fértil pelo risco de teratogenicidade dose-independente (Lee, 2011; Rademaker, 2013 e 2014; Faghihi, 2017).

Interação medicamentosa

A isotretinoína não deve ser administrada com: outros retinóides, incluindo a vitamina A; tetraciclina pelo risco de hipertensão intracraniana; anticonvulsivantes (fenitoína e

carbamazepina); metotrexato e imidazólicos pela hepatotoxicidade (Brelsford, 2008).

Eventos adversos

Os mais frequentes e comuns são os cutâneo-mucosos, previsíveis e controláveis, de ocorrência precoce, reversíveis com a redução da dose ou descontinuidade do tratamento quando incontroláveis, não deixam seqüelas e com intensidade dose-dependente. A queilite é a manifestação presente em 100% dos pacientes; outros: xerose; dermatite facial; ressecamento nasal, com epistaxe; olhos secos, com blefaroconjuntivite, intolerância às lentes de contato e diminuição da visão noturna; paroníquia. É importante a orientação, prevenção e tratamento precoce, como lubrificante labial, para mucosas nasal e conjuntival, hidratantes e fotoprotetor (Ahmad, 2015; Vallerand, 2018). Na acne grave, pode ocorrer exacerbação, com novas lesões inflamatórias, três a quatro semanas após o início do tratamento, com risco de cicatrizes. Para evitar deve-se iniciar o tratamento com dose diária baixa, que pode ser mantida, associada a corticóide oral por 4 a 6 semanas (Borghi, 2009). Outros efeitos colaterais são imprevisíveis, raros, precoces, reversíveis, dependentes da susceptibilidade individual e de fatores predisponentes, com intensidade dose-dependente. Podem ocorrer: elevação das enzimas hepáticas; aumento nos níveis dos triglicérides, colesterol sérico, fração LDL e diminuição da fração HDL e alterações hematológicas, particularmente leucopenia (Scharnitz, 2015). Outros mais raros são: artralgias, artrite e mialgias; cefaleia (Zane, 2006). O monitoramento laboratorial é obrigatório antes do início do tratamento, após 1 a 2 meses e novas repetições apenas para os alterados (Lee, 2016; Shinkai, 2016; Barbieri, 2019). A teratogenicidade é o efeito adverso mais sério e irreversível. Pela expressão aumentada do gene p53, pode ocorrer apoptose das células das cristas neurais cranianas, causando malformações graves (craniofaciais, tímica, cardiovasculares, do sistema nervoso central e esqueléticas) em 28% das pacientes expostas à droga no primeiro trimestre, independente da dose, em qualquer época da gestação, mas principalmente no primeiro trimestre (Melnik, 2017 e 2018). Pertence à categoria X do FDA; assim a contracepção é obrigatória, com dois métodos seguros, um mês antes do início, durante e um mês após a suspensão do tratamento, sem riscos para gestações futuras. O teste de gravidez deve ser mensal e deve-se guardar a menstruação para iniciar o tratamento (Sladden, 2007; Brzezinski, 2017; Tkachenko, 2019). Está comprovada a ausência de riscos para o metabolismo ósseo, como fechamento prematuro das epífises quando indicada em pré-adolescentes ou adolescentes muito jovens. Esse risco foi descrito com usados em doses muito altas e tempo prolongado em outras indicações (Tekin, 2008). Cicatrização anormal, risco aumentado de quelóides e cicatrizes hipertróficas, relacionam-se a relatos de casos publicados entre os anos de 1986 a 1999, associados à realização de dermabrasão ou laser ablativo (Goihman-Yar, 1999). Tais relatos deram origem à recomendação de aguardar seis meses para realização de procedimentos ablativos. Publicações mais recentes demonstraram os

benefícios dos retinóides na cicatrização e metanálises concluíram não existir esse risco. Esses relatos isolados se relacionaram à predisposição individual e gravidade da acne, sem associação com a droga (Patwardhan, 2012; Wootton, 2014). O uso do laser ablativo fracionado para cicatrizes de acne na face é seguro, mesmo durante o uso da isotretinoína oral, inclusive há relatos de melhores resultados (Khatri, 2015; McDonald, 2017 e 2019; Spring, 2017; Waldman, 2017). Teste de dermabrasão numa pequena área da face com cicatrizes atróficas, realizado durante o tratamento e quimiodermabrasão realizada entre um e três meses após o tratamento, não desencadearam anormalidades na cicatrização no seguimento de seis meses (Bagatin, 2010; Picosse, 2012; Guadanhim, 2016). A associação da isotretinoína oral à depressão, ideação suicida e suicídio causou muita discussão e controvérsia. Existiram relatos de casos sem preencher os critérios de causalidade (Azoulay, 2008). Ao contrário, foi demonstrada, em vários estudos, redução dos sintomas depressivos, impacto psicológico positivo e melhora na qualidade de vida (Suarez, 2016; Huang, 2017; Oliveira, 2018). Sabe-se que a acne é uma doença crônica, fator de risco para depressão e que pode causar dano grave, prolongado ou persistente, nas funções emocionais. A interação entre acne e psiquismo é representada por: frustração, agressividade e ansiedade e depressão; piora de fatores emocionais habituais e prejuízo nas funções psicológicas e qualidade de vida (Yazici, 2004; Bertha, 2013; Vilar, 2015). Estudo populacional demonstrou a associação entre acne dos adolescentes e idéias suicidas, problemas emocionais e comprometimento da vida social (Halvorsen, 2010). Os estudos populacionais, caso-controle, não comprovaram a associação entre isotretinoína. Estudo, baseado em bancos de dados no Canadá, com 7195 pacientes tratados com isotretinoína e no Reino Unido, com 340 pacientes que usaram a droga, comparado ao uso de antibióticos orais, concluiu não haver evidências de associação ao risco aumentado de depressão, suicídio ou outros distúrbios psiquiátricos (Cohen, 2007). Estudo retrospectivo, analisou a prescrição da isotretinoína para 2821 pacientes, com idades entre 12 e 49 anos e da minociclina para 3609 pacientes e posterior indicação de anti-depressivos. Os resultados não mostraram evidências de associação entre isotretinoína ou minociclina e o desencadeamento da depressão (Ng, 2002). Um grande estudo longitudinal, conduzido na Suécia acompanhou 5776 pacientes três anos antes, durante e 15 anos após uso da isotretinoína. Os autores evidenciaram pico de incidência de suicídio três anos antes, durante e seis meses após o tratamento e a segunda tentativa de suicídio ocorreu menos entre aqueles em que a primeira foi antes do uso da droga. Concluíram que a associação com depressão, suicídio não pode ser demonstrada (Sundström, 2010). Talvez seja efeito colateral raro, imprevisível, idiossincrásico, que deve ser monitorado por psiquiatra e, se necessário, tratado com antidepressivos sem necessidade de suspender a droga. Não há nenhuma contra-indicação psiquiátrica para sua prescrição, mesmo em pacientes com depressão controlada ou que já tentaram suicídio, por ser considerada a droga que proporciona a maior melhora na qualidade de vida (Chernyshov, 2018). O desenvolvimento

de doença inflamatória intestinal foi relatado durante o uso da isotretinoína (Crockett, 2010), mas estudos populacionais, caso-controle, não confirmaram essa suposição (Etminan, 2013; Lee, 2016). Por outro lado, essa associação foi demonstrada com o uso de antibióticos da classe das tetraciclina, particularmente a doxiciclina (Margolis, 2010). O fator desencadeante é a acne, particularmente formas graves. Estudo que analisou relatos de caso dessa associação ao FDA concluiu que houve uma desproporção dos relatos por advogados que foi de 87,7%, enquanto que para a maioria das drogas é de 3,6% (Stobaugh, 2013).

Recidivas

A recidiva da acne ocorre, em geral, no primeiro ano após o término do tratamento. Aproximadamente 29% dos pacientes necessitam de mais de um ciclo; 25% dois ciclos e 3% três ciclos (Del Rosso, 2012). Os fatores associados à recidiva são: acne grave; presença de macrocomedões; doses diárias baixas (apenas nos casos muito graves); mulheres acima de 25 anos (hiperandrogenismo sérico ou periférico); sexo masculino; história de acne prolongada; história familiar; início precoce da doença (fase pré-puberal, introdução tardia do tratamento e suspensão do tratamento na presença de lesões inflamatórias por ter sido atingida a dose total de 150mg/kg (Morales-Cardona, 2013). A manutenção da droga até regressão completa das lesões e por mais um mês, independente da dose total, é imprescindível para evitar recidivas (Tan, 2016).. O tratamento de manutenção com adapaleno, peróxido de benzoíla ou ácido azelaico, durante 6 meses a um ano também é útil (Thielitz, 2007).

Antibióticos

Os antibióticos orais são indicados para as formas moderada e grave da acne. Porém, a crescente demonstração de resistência bacteriana para todos os antibióticos usados na acne impõe uso racional e limitado (Patel, 2010; Dreno, 2014). Apresentam atividade antimicrobiana contra o *C. acnes* e efeito anti-inflamatório indireto, reduzindo produção das citocinas (Garrido-Mesa, 2013; Leyden, 2014). O papel do microbioma cutâneo na barreira epidérmica e na acne tem sido discutido nos últimos anos e o uso de antibióticos pode causar alterações, com prejuízo no controle da doença (Rocha, 2018).

Ciclinas

As ciclinas são antibióticos de amplo espectro e os mais utilizados na acne. A tetraciclina é muito eficaz e de baixo custo. Deve ser administrada entre 30 e 60 minutos antes das refeições, pois a absorção aumenta em jejum; é metabolizada no fígado e excretada pelos rins (Oprica, 2007). As ciclinas semi-sintéticas, minociclina e doxiciclina são lipossolúveis, com absorção e perfil de toxicidade melhores (Kircik, 2010). A limeciclina é um pró-fármaco que se degrada com rapidez no trato gastrointestinal e produz tetraciclina, com eficácia comparável à da minociclina e melhor perfil de segurança. As doses diárias

recomendadas são: tetraciclina, 1.000 mg, em duas tomadas; minociclina, 100 mg; doxiciclina, 100 mg; limeciclina 300 mg (Dréno, 2011).

Macrolídeos

A eritromicina é alternativa para gravidez, lactação e menores de 8 anos; deve ser ingerida com alimentos, na dose de 1gr/dia (Dréno, 2014).

Sulfametoxazol / Trimetoprim 800/160 mg

É a terceira linha para acne. Em indivíduos acetiladores lentos, metabolitos tóxicos podem se acumular, com maior incidência de reações adversas e hipersensibilidade, como: eritema fixo, síndrome de Stevens-Johnson, necrólise epidérmica tóxica e discrasia sanguínea (McCarty, 2011).

Efeitos colaterais

As manifestações observadas com ciclinas e eritromicina são: epigastralgia, náuseas e vômitos; reações de fotossensibilidade e fototóxicas são mais comuns com a doxiciclina; a minociclina pode desencadear reações de hipersensibilidade, pigmentação e fenômenos auto-imunes. São contraindicadas para menores de 8 anos pelo risco pigmentação amarelada dos dentes e hipoplasia gengival; gravidez e lactação pelo risco de alterações ósseas fetais (Leyden, 2011).

Resistência Bacteriana

Causada por vários fatores: monoterapia, uso prolongado, uso indiscriminado sem obedecer às indicações estritas, dose abaixo da recomendada, uso não associado a tópicos a base de peróxido de benzoíla e/ou retinóides e uso rotativo incorreto (Adler, 2017). As consequências não se limitam ao *C. acnes*; já foi detectada resistência do *Staphylococcus aureus* em infecções do trato respiratório superior. A ocorrência de resistência bacteriana é muito mais elevada com a eritromicina (50%) em relação às ciclinas (20%). Para evitar o período de tratamento deve ser limitado a 6 a 12 semanas; nunca devem ser usados, ao mesmo tempo, antibióticos tópico e sistêmico, assim como em monoterapia (Patel, 2010; Cooper, 2017).

Avanços no conhecimento dos mecanismos etiopatogênicos da acne mostram que o principal fator é a inflamação que é subclínica, presente antes da hiperqueratinização e comedogênese (Rocha, 2014). Assim, os antibióticos orais atuam pela ação anti-inflamatória.

Dapsona

Pode ser usada na acne grave, quando há contraindicação para isotretinoína pela atividade anti-inflamatória, na dose de 50 a 100 mg/dia, por três meses. Os efeitos colaterais são: hemólise, cianometahemoglobinemia, reações alérgicas e idiossincrásicas. Deve-se pesquisar deficiência da enzima glicose-6-fosfato desidrogenase que predispõe às reações adversas (Wakabayashi, 2011).

Hormônios

Para as mulheres o bloqueio hormonal é sempre útil, uma vez que a acne é doença androgênio-dependente. É opção segura, eficaz e que pode ser utilizada quando há distúrbios hormonais, como a síndrome dos ovários policísticos (SOP) e para mulheres normoandrogênicas (Moura, 2011; Lakshmi, 2013; Betolli, 2015). Para as mulheres adultas, acima dos 25 anos é boa opção isolada ou associada aos tratamentos tópicos. Os andrógenos são produzidos pelas glândulas adrenais, testículo e ovários e, periféricamente, no fígado, músculo, gordura e sebócitos (sistema intácrino). A testosterona (T) é produzida a partir do sulfato de dehidroepiandrosterona (S-DHEA), de origem adrenal ou pela metabolização do colesterol. Seu transporte plasmático se dá livremente, na forma ativa (1%) ou ligada à globulina carreadora de hormônios sexuais ou *sexual hormones binding globulin* (SHBG), produzida pelo fígado, que a mantém inativa. Nos sebócitos a T é convertida na forma mais potente que é a dehidrotestosterona (DHT), através da enzima 5 alfa-redutase. A DHT liga-se aos receptores nucleares e ativa genes da sebogênese, proliferação e diferenciação dos sebócitos (Moura, 2011). Os bloqueadores dos receptores androgênicos mais utilizados são: espironolactona, acetado de ciproterona e drospirenona. A espironolactona, antagonista da aldosterona, atua como diurético poupador de potássio, é capaz de bloquear os receptores androgênicos e reduzir a atividade da enzima 5 alfa-redutase. Pode ser utilizada de forma isolada ou associada aos contraceptivos orais combinados (COCs), evitando a irregularidade menstrual (Grace, 2012). Revisão da biblioteca Cochrane concluiu que a espironolactona, na dose de 100mg/dia, apresentou resultados superiores ao acetado de ciproterona, na dose de 12,5 mg/dia, nos primeiros 10 dias do ciclo menstrual. A dose recomendada é de 50 a 100mg/dia, podendo ser reduzida ao longo do tratamento (Farquhar, 2009; Berstrom, 2010). Pode ser teratogênica para fetos masculinos, portanto, deve ser sempre utilizada com proteção contraceptiva. Os efeitos colaterais, dose dependentes, são: dor mamária, alterações do ciclo menstrual, fadiga e hiperpotassemia (Kronic, 2008). Esta ocorre quando é utilizada em altas doses, em nefropatas ou associada a outros medicamentos que aumentam o potássio plasmático, como os inibidores da enzima conversora de angiotensina. Nestes casos, é necessária a monitorização plasmática do potássio. A drospirenona é uma progesterona derivada da espironolactona, com efeito anti-androgênico. É associada ao etinilestradiol em COCs, na dose de 3mg/dia. O acetato de ciproterona, derivado sintético da 17-hidroxi progesterona é mais utilizada associada ao etinilestradiol em COCs (Koo, 2014). Existe discussão sobre se sua associação ao etinilestradiol aumentaria o risco de tromboembolismo, mas de acordo com estudos comparativos seu potencial não é maior que os de outros contraceptivos combinados (Heit, 2005). Os COCs combinam um estrogênio, em geral o etinilestradiol e uma progesterona. Bloqueiam o eixo hipotálamo-hipofisário-ovariano, reduzindo a produção ovariana de T. Há bloqueio da ovulação, estímulo à produção hepática de SHBG, reduzindo

a T plasmática. Existem diversas gerações de progesteronas; as mais recentes e menos androgênicas são: norgestimato, desogestrel e a drospirenona. Revisão da biblioteca Cochrane, concluiu que, em relação ao placebo, os COCs foram eficazes, com redução média de 60% na contagem das lesões da acne, com poucas diferenças entre os diferentes COCs (Bart, 2012). Metanálise comparou a eficácia dos COCs aos antibióticos orais, incluindo 32 estudos randomizados e controlados. A conclusão foi que ambos, comparados ao placebo, reduziram as lesões; os antibióticos foram superiores após 3 meses e os COCs foram equivalentes aos 6 meses. Sugeriram que, apesar da heterogeneidade dos estudos, os COCs podem representar primeira linha, melhor que os antibióticos, para tratamentos prolongados em mulheres adultas (Koo, 2014). Contraceptivos de liberação cutânea ou adesivos tem menor efeito na acne e outros sintomas de hiperandrogenismo, como o hirsutismo. Os efeitos colaterais dos COCs são: náuseas, cefaléia, dor mamária, sangramentos esporádicos e diminuição da libido. Porém, os benefícios, além da melhora da acne, são: proteção contra o câncer de ovário e de endométrio, redução da dismenorreia, anemia por deficiência de ferro e doença inflamatória pélvica (Bart, 2012). A incidência de tromboembolismo venoso em mulheres jovens, em geral, é baixa, mas há um acréscimo com uso de COC em 0,05% a 0,1%¹²⁸; porém, no pós-parto é de 0,5% e 0,1% maior que durante a gravidez (Heit, 2005). A introdução do COCs depende da anamnese, evitando se estão presentes: tabagismo, antecedente familiar ou risco de trombose venosa profunda e doenças cardiovasculares. Os agentes sensibilizadores da insulina, como a metformina, são indicados apenas e quando existe SOP, podendo melhorar o hirsutismo e a acne. A insulina reduz a produção de SHBG, aumentando a T na circulação. A metformina aumenta a sensibilidade do músculo à insulina, diminuindo a concentração sérica deste hormônio e a produção de andrógenos. A SOP é fator de risco para doença metabólica, pelo aumento da resistência periférica à insulina (Berstrom, 2010). O tratamento hormonal é eficaz, seguro e pode ser prolongado. As únicas indicações para corticóides orais são: acne nódulo-cística grave, acne conglobata e acne fulminante, acne grave no início do tratamento com isotretinoína oral e acne da mulher adulta com hiperandrogenismo de causa adrenal. O mais usado é a prednisona, na dose de 0,5 a 1,0 mg/kg por dia, durante 4 a 6 semanas e reduzido em seguida de forma gradual (Borghi, 2009). Em relação à dieta existem controvérsias, em alguns pacientes com fatores de risco para síndrome metabólica pode ser útil dieta hipocalórica, com baixo índice e teor glicêmico (Claudel, 2018).

Procedimentos complementares:

A remoção manual dos comedões abertos facilita a penetração dos produtos tópicos de efeito queratolítico, contribui para reduzir a inflamação, proporciona impacto positivo na qualidade de vida, evita a manipulação das lesões e é útil no período da ovulação (Steventon, 2011). A infiltração intralesional com corticosteroide, acetato de triamcinolona, para nódulos inflamatórios; acelera a regressão e alivia a dor. É indicada também para

cicatrizes hipertróficas e queloides (Levy, 2012). A drenagem de cistos e abscessos é necessária quando há flutuação nas lesões, associado ao uso de antibiótico oral, para reduzir sequelas cicatriciais. Os *peelings* químicos superficiais são úteis para as formas comedoniana e inflamatória leve pela ação queratolítica; são usados: solução de Jessner, ácidos tricloroacético a 10% ou 20% em solução aquosa, salicílico 30% em solução hidroalcoólica ou polietilenoglicol e glicólico 70% em gel de natrosol, com pH parcialmente tamponado. Estudos comparativos mostram eficácia semelhante, com diferenças variáveis na tolerabilidade. Todos os agentes podem causar ardor, eritema e descamação após 3 a 5 dias, que dura de 7 a 15 dias. São procedimentos seguros, sem complicações tardias; exceto quando acontecem reações imediatas exageradas que podem causar hiperpigmentação pós-inflamatória. O *peeling* médio é realizado com a combinação de um agente queratolítico (solução de ou ácido glicólico 70%) e ácido tricloroacético 20% ou 35% em solução (Puri, 2015). São indicados para cicatrizes atróficas superficiais em aplicações semestrais isoladas ou associadas a outros procedimentos, tais como: subcincisão, levantamento com *punch*, dermoabrasão, laser ablativo fracionado, microagulhamento, radiofrequência, etc. Nas cicatrizes muito atróficas é relatado o uso de preenchedores a base de ácido hialurônico (Gadkari, 2014; Lanoue, 2015; Chandrashekar, 2015; You, 2016). O tratamento das cicatrizes constitui um desafio e requer associação de técnicas, inclusive remoção cirúrgica de áreas com intensa atrofia. Revisão sistemática recente concluiu que não existem evidências de alta qualidade para as várias intervenções propostas para o tratamento das cicatrizes de acne pela metodologia fraca, falta de padronização dos parâmetros de eficácia e diferentes variáveis avaliadas antes das intervenções (Abdel, 2016). A aplicação de luzes ou LED (*light emitting diode*) azul ou vermelha tem efeito anti-inflamatório e pode ser *útil no início* do tratamento (Alba, 2016). A crioterapia é usada em nódulos inflamatórios, cicatrizes hipertróficas e quelóides previamente à infiltração intralesional com corticosteroide. A microdermoabrasão é um método de esfoliação muito superficial equivalente a um *peeling* superficial. Baseia-se no jateamento de cristais de alumínio até o aparecimento de eritema leve. Após 2 a 3 dias há uma descamação fina. A vantagem é ausência de ardor; é procedimento simples, seguro e realizado em várias sessões semanais (El-Domyati. 2016).

REFERÊNCIAS

Abdel Hay R, Shalaby K, Zaher H, *et al.* Interventions for acne scars. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Apr 3;4:CD011946. doi: 10.1002/14651858.CD011946.pub2.

Abdel Meguid AM, Elaziz Ahmed Attallah DA, Omar H. Trichloroacetic acid versus salicylic acid in the treatment of acne vulgaris in dark-skinned patients. *Dermatol Surg* 2015; 41(12):1398-404.

Adler BL, Kornmehl H, Armstrong W. Antibiotic resistance in acne treatment. *JAMA Dermatol.* 2017; 153(8):810-1.

Agarwal US, Besarwal RK, Bhola K. Oral isotretinoin in different dose regimens for acne vulgaris: a randomized comparative trial. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2011; 77(6):688-94.

Ahmad HM. Analysis of clinical efficacy, side effects, and laboratory changes among patients with acne vulgaris receiving single versus twice daily dose of oral isotretinoin. *Dermatol Ther*. 2015; 28:151-7.

Alba MN, Gerenutti M, Yoshida VM, Grotto D. Clinical comparison of salicylic acid peel and LED-Laser phototherapy for the treatment of Acne vulgaris in teenagers. *J Cosmet Laser Ther* 2016; 23:1-5.

Araviiskaia E, Dréno B. The role of topical dermocosmetics in acne vulgaris. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2016; 30(6):926-35.

Arowjohu AO, Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA. Combined oral contraceptives pills for treatment of acne. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Jul 11;(7):CD004425. doi: 10.1002/14651858.CD004425.pub6.

Azoulay I, Balis I, Koren G, *et al*. Isotretinoin and the risk of depression in patients with acne vulgaris: a CSE-crossover study. *J Clin Psychiatry* 2008; 69:526-32.

Bagatin E, Guadanhim LRS, Yarak S, *et al*. *Dermabrasion for acne scars during treatment with oral isotretinoin*. *Dermatol Surg* 2010; 36(4):483-9.

Barbieri JS, Shin DB, Wang S, *et al*. The clinical utility of laboratory monitoring during isotretinoin therapy for acne and changes to monitoring practices over time [published online ahead of print, 2019 Jun 19]. *J Am Acad Dermatol*. 2019 Jun 19.pii: S0190-9622(19)30989-2. doi: 10.1016/j.jaad.2019.06.025. [Epub ahead of print].

Bart C J MF, Basil CT, Robert WR, *et al*. Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome (PCOS): the Amsterdam ESHRE/ ASRM-Sponsored 3rd PCOS Consensus Workshop Group. *Fertility and Sterility* 2012; 97(1):28-38.e25.

Berstrom KG. Everything old is new again: spironolactone and metformin in the treatment of acne. *J Drugs Dermatol* 2010; 9:569-71.

Bertha EA, Balázs J. Subthreshold depression in adolescence: A systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2013; 22(10):589-603.

Bettoli V, Zauli S, Virgili A. Is hormonal treatment still an option in acne today? *Br J Dermatol*. 2015; 172 Suppl 1:37-46.

Blasiak RC, Stamey CR, Burkhart CN, *et al*. High-dose isotretinoin treatment and the rate of retreatment, relapse, and adverse effects in patients with acne vulgaris. *JAMA Dermatol*. 2013; 149:1392-8

Borghi A, Mantovani L, Minghetti S, *et al*. Acute acne flare following isotretinoin administration: potential protective role of low starting dose. *Dermatology* 2009; 218(2):178-80.

Brelsford M, Beute TC. Preventing and managing the side effects of isotretinoin. *Semin Cutan Med Surg* 2008; 27:197-206.

Briganti S, Flori E, Mastrofrancesco A, *et al*. Azelaic acid reduced senescence-like phenotype in photo-irradiated human dermal fibroblasts: possible implication of PPAR γ . *Exp Dermatol* 2013; 22(1):41-7.

Brzezinski P, Borowska K, Chiriac A, Smigielski J. Systemic isotretinoin treatment and pregnancy: A comparative study of two groups of women: a retrospective analysis of 569 women. *Our Dermatol Online*. 2017; 9(4e):e2. *Dermatol Ther*. 2017; 30. doi: 10.1111/dth.12483.

Bucks D, Sarpotdar P, Yu K, *et al*. The development and optimization of a fixed combination of clindamycin and benzoyl peroxide aqueous gel. *J Drugs Dermatol* 2009; 8(7):634–63.

Chandrashekar BS, Sriram R, Mysore R. Evaluation of microneedling fractional radiofrequency device for treatment of acne scars. *Cutis*. 2015; 95(5):276-81.

Chernyshov PV, Tomas-Aragones L, Manolache L, *et al*. Which acne treatment has the best influence on health-related quality of life? Literature review by the European Academy of Dermatology and Venereology Task Force on Quality of Life and Patient Oriented Outcomes. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018; 32:1410-9.

Claudel JP, Auffret N, Leccia MT, *et al*. Acne and nutrition: hypotheses, myths and facts. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. First published:06 April 2018. <https://doi.org/10.1111/jdv.14998>

Cohen J, Adams S, Patten S. No association found between patients receiving isotretinoin for acne and the development of depression. *Can J Clin Pharmacol* 2007; 14:227-33.

Cooper AJ. Modern management of acne. *Med J Aust*. 2017; 206(1):41-5.

Cooper AJ. Treatment of acne with isotretinoin: recommendations based on Australian experience. *Australas J Dermatol* 2003; 44:97-105.

Costa CS, Bagatin E, Martimbianco ALC, *et al*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Nov 24;11:CD009435. doi: 10.1002/14651858.CD009435.pub2.

Crockett SD, Porter CQ, Martin CF *et al*. Isotretinoin use and risk of inflammatory bowel disease: a case-control study. *Am J Gastroenterol* 2010; 105:1986-93.

Dayal S, Amrani A, Sahu P, Jain VK. Jessner's solution vs. 30% salicylic acid peels: a comparative study of the efficacy and safety in mild-to-moderate acne vulgaris. *J Cosmet Dermatol*. 2016 Aug 25. doi: 10.1111/jocd.12266. [Epub ahead of print].

Del Rosso JQ. Face to face with oral isotretinoin: a closer look at the spectrum of therapeutic outcomes and why some patients need repeated courses. *J Clin Aesth Dermatol*. 2012; 5:17-24.

Dispenza MC, Wolpert EB, Gilliland KL, *et al*. Systemic isotretinoin therapy normalizes exaggerated TLR-2 mediated innate immune responses in acne patients. *J Invest Dermatol* 2012; 132(9):2198-205.

Draelos ZD. The art and science of new advances in cosmeceuticals. *Clin Plast Surg* 2011; 38(3):397-407.

Dreno B, Bettoli V, Ochsendorf F, *et al*. Efficacy and safety of clindamycin phosphate 1.2%/tretinoin 0.025% formulation for the treatment of acne vulgaris: pooled analysis of data from three randomised, double-blind, parallel-group, phase III studies. *Eur J Dermatol* 2014; 24(2):201-9.

Dréno B, Kaufmann R, Talarico S, *et al.* Combination therapy with adapalene-benzoyl peroxide and oral lymecycline in the treatment of moderate to severe acne vulgaris: a multicentre, randomized, double-blind controlled study. *Br J Dermatol* 2011; 165(2):383-90.

Dréno B, Thiboutot D, Gollnick H, *et al.* Antibiotic stewardship in dermatology: limiting antibiotic use in acne. *Eur J Dermatol* 2014; 24(3):330-4.

Dreno B, Thiboutot D, Gollnick H, *et al.* Global Alliance to Improve Outcomes in Acne. Large-scale worldwide observational study of adherence with acne therapy *Int J Dermatol* 2010; 49(4):448-56.

Eichenfield LE, Jorizzo JL, Dirschka T, *et al.* Treatment of 2,453 acne vulgaris patients aged 12–17 years with the fixed-dose adapalene- benzoyl peroxide combination topical gel: efficacy and safety. *J Drugs Dermatol* 2010; 9(11):1395-401.

El-Domyati M, Hosam W, Abdel-Azim E. Microdermabrasion: a clinical, histometric, and histopathologic study. *J Cosmet Dermatol.* 2016 Jun 29. doi: 10.1111/jocd.12252. [Epub ahead of print]

Etminan M, Bird ST, Delaney JA, *et al.* Isotretinoin and risk for inflammatory bowel disease: a nested case-control study and meta-analysis of published and unpublished data. *JAMA Dermatol.* 2013; 149:216-20.

Faghihi G, Mokhtari F, Fard N. Comparing the efficacy of low dose and conventional dose of oral isotretinoin in treatment of moderate and severe acne vulgaris. *J Res Pharm Pract.* 2017; 6(4):233-8.

Fakhouri T, Yentzer BA, Feldman SR. Advancement in benzoyl peroxide-based acne treatment: methods to increase both efficacy and tolerability. *J Drugs Dermatol* 2009; 8:657–61.

Farquhar C, Lee O, Toomath R, Jepson R. Spironolactone versus placebo or in combination with steroids for hirsutism and/or acne. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003 (update in 2009). PMID:14583916 DOI:10.1002/14651858.CD000194

Fox L, Csongradi C, Aucamp M, *et al.* Treatment Modalities for Acne. *Molecules* 2016; 21(8). pii: E1063. doi: 10.3390/molecules21081063.

Gadkari R, Nayak C. A split-face comparative study to evaluate efficacy of combined subcision and dermaroller against combined subcision and cryoroller in treatment of acne scars. *J Cosmet Dermatol* 2014; 13(1):38-43.

Garrido-Mesa N, Zarzuelo A, Gálvez J. Minocycline: far beyond an antibiotic. *Br J Pharmacol* 2013; 169(2):337-52.

Goh CL, Abad-Casintahan F, Aw DC, *et al.* South-East Asia study alliance guidelines on the management of acne vulgaris in South-East Asian patients. *J Dermatol.* 2015; 42(10):945-53.

Goihman-Yar M. Keloid formation induced by isotretinoin therapy. *Intern J Dermatol* 1999; 38: 228-9.

Gold LS, Cruz A, Eichenfield L, *et al.* Effective and safe combination therapy for severe acne vulgaris: a randomized, vehicle-controlled, double-blind study of adapalene 0.1%–benzoyl peroxide 2.5% fixed-dose combination gel with doxycycline hyclate 100 mg. *Cutis* 2010; 85(2):94–104.

- Gonzalez P, Vila R, Cirigliano M. The tolerability profile of clindamycin 1%/benzoyl peroxide 5% gel vs. adapalene 0.1%/benzoyl peroxide 2.5% gel for facial acne: results of a randomized, single-blind, split-face study. *Cosmet Dermatol* 2012; 11(4):251–60.
- Grace K. Kim, DO, Del Rosso JQ. Oral spironolactone in post-teenage female patients with acne vulgaris. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2012; 5(3):37-50.
- Guadanhim LRS, Gonçalves RG, Bagatin E. Observational retrospective study evaluating the effects of isotretinoin in keloid and hypertrophic scars. *Int J Dermatol*. 2016; 55:1255–8.
- Halvorsen JA, Stern RS, Dlagard F, *et al*. Suicidal ideation, mental health problems and social impairment are increased in adolescents with acne: a population-based study. *J Invest Dermatol* 2010; 131:363-70.
- Harrison EH. Mechanisms involved in the intestinal absorption of dietary vitamin A and provitamin A carotenoids. *Biochim Biophys Acta* 2018; 1821:70–7.
- Heit JA, Kobbervig CE, James AH, *et al*. Trends in the incidence of venous thromboembolism during pregnancy or postpartum: a 30-year population-based study. *Ann Intern Med* 2005; 143:697-706.
- Huang YC, Cheng YC. Use of isotretinoin and risk of depression in patients with acne: a systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol*. 2017; 76:1068-76.
- Kaminsky A, Florez-White M, Arias MI, Bagatin E. Clasificación del Acné: Consenso Ibero-Latinoamericano, 2014. Classification of Acne: An Ibero-Latin American Consensus, 2014. *Med Cutan Iber Lat Am* 2015; 43(1):18-23.
- Kaplan YC. Pregnancy outcomes following first-trimester exposure to topical retinoids: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol* 2015; 173(5):1132-41.
- Khalil S, Bardawil T, Stephan C, *et al*. Retinoids: a journey from the molecular structures and mechanisms of action to clinical uses in dermatology and adverse effects. *J Dermatolog Treat*. 2017; 28(8):684-96.
- Khatri KA, Iqbal N, Bhawan J. Laser skin resurfacing during isotretinoin therapy. *Dermatol Surg*. 2015; 41(6):758-9.
- Kircik LH. Doxycycline and minocycline for the management of acne: a review of efficacy and safety with emphasis on clinical implications. *J Drugs Dermatol* 2010; 9(11):1407-11.
- Kircik LH. The role of benzoyl peroxide in the new treatment paradigm for acne. *J Drugs Dermatol* 2013; 12(6):s73-6.
- Koo EB, Petersen TD, Kimball AB. Meta-analysis comparing efficacy of antibiotics versus oral contraceptives in acne. *J Am Acad Dermatol* 2014; 71(3):450-9.
- Krunic A, Ciurea A, Sheman A. Efficacy and tolerance of acne treatment using both spironolactone and a combined contraceptive containing drospirenone. *J Am Acad Dermatol* 2008; 58:60-2.

- Lakshmi C. Hormonal therapy in acne. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2013; 79:322-37.
- Landis MN. Optimizing isotretinoin treatment of Acne: update on current recommendations for monitoring, dosing, safety, adverse effects, compliance, and outcomes. *Am J Clin Dermatol* 2020. doi:10.1007/s40257-020-00508-0.
- Lanoue J, Goldenberg G. Acne scarring: a review of cosmetic therapies. *Cutis*. 2015; 95(5):276-81.
- Larange A, Cheroutre H. Retinoic acid and retinoic acid receptors as pleiotropic modulators of the immune system. *Annu Rev Immunol*. 2016; 34:369-94.
- Layton AM, Knaggs H, Taylor J, Cunliffe WJ. Isotretinoin for acne vulgaris – 10 years later: a safe and successful treatment. *Br J Dermatol* 1993; 129:292-6.
- Lee JW, Yoo KH, Park KY, *et al*. Effectiveness of conventional, low dose and intermittent oral isotretinoin in the treatment of acne: a randomized, controlled comparative study. *Br J Dermatol* 2011; 164(6):1369-75.
- Lee SY. Does exposure to isotretinoin increase the risk for the development of inflammatory bowel disease? A meta-analysis. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2016; 28(2):210-6.
- Lee YH, Scharnitz TP, Muscat J, *et al*. Laboratory monitoring during isotretinoin therapy for acne: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Dermatol*. 2016; 152:35-44.
- Leheta T, El Garem Y, Abdel HR. Treatment of mild to moderate acne with three different modalities. *Br J Dermatol* 2011; 165(Suppl1):98.
- Levy LL, Zeichner JA. Management of acne scarring, part II: a comparative review of non-laser-based, minimally invasive approaches. *Am J Clin Dermatol* 2012; 13(5):331-40.
- Leyden JJ, Del Rosso JQ. Oral antibiotic therapy for acne vulgaris: pharmacokinetic and pharmacodynamic perspectives. *J Clin Aesthet Dermatol* 2011; 4(2):40-7.
- Liu PT, Krutzik SR, Kim J, Modlin RL. Cutting edge: all-trans retinoic acid down-regulates TLR2 expression and function. *J Immunol* 2005; 174:2467-70.
- Margolis DJ, Fanelli M, Hoffstad O, Lewis JD. Potential association between the oral tetracycline class of antimicrobials used to treat acne and inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol* 2010; 105:2610-6.
- Mastrofrancesco A, Ottaviani M, Aspite N, *et al*. Azelaic acid modulates the inflammatory response in normal human keratinocytes through PPAR gamma activation. *Exp Dermatol* 2010;19(9):813-20.
- McCarty M, Rosso JQ. Chronic administration of oral trimethoprim-sulfamethoxazole for acne vulgaris. *J Clin Aesthet Dermatol* 2011; 4(8):58-66.
- McDonald KA, Shelley AJ, Alavi A. A systematic review on oral isotretinoin therapy and clinically observable wound healing in acne patients. *J Cutan Med Surg*. 2017; 21:325-33.

McDonald KA, Shelley AJ, Pierscianowski T, Alavi A. A 2017 update: Challenging the cosmetic procedural delay following oral isotretinoin therapy. *J Cosmet Laser Ther.* 2019; 21:58-60.

Melnik BC. Acne vulgaris: an inflammasomopathy of the sebaceous follicle induced by deviated FoxO1/mTORC1 signalling. *Br J Dermatol.* 2016;174(6): 1186-8.

Melnik BC. Apoptosis may explain the pharmacological mode of action and adverse effects of isotretinoin, including teratogenicity. *Acta Derm Venereol.* 2017;97(2):173-81.

Melnik BC. Overexpression of p53 explains isotretinoin's teratogenicity. *Exp Dermatol* 2018; 27(1):91-3.

Melnik BC. p53: key conductor of all anti-acne therapies. *J Transl Med.* 2017;15(1):195.

Mokhtari F, Fard NM, Motamedi N Hosseini SM. Comparing the efficacy of low dose and conventional dose of oral isotretinoin in treatment of moderate and severe acne vulgaris. *J Res Pharm Pract* 2017; 6(4):233-8.

Monfrecola G, Cacciapuoti S, Capasso C, *et al.* Tolerability and camouflaging effect of corrective makeup for acne: results of a clinical study of a novel face compact cream. *Clin Cosmet Investig Dermatol* 2016; 9:307-13.

Morales-Cardona CA, Sánchez-Vanegas G. Acne relapse rate and predictors of relapse following treatment with oral isotretinoin. *Actas Dermosifiliogr.* 2013; 104(1):61-6.

Moura HHG, Bagatin E, Manela-Azulay M, *et al.* Síndrome do ovário policístico: abordagem dermatológica. Polycystic ovary syndrome: a dermatological approach. *An Bras Dermatol* 2011; 86(1):111-9.

Nast A, Dréno B, Bettoli V, *et al.* European evidence-based (S3) guideline for the treatment of acne – update 2016 – short version. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016; 30:1261-8.

Ng CH, Tam MM, Celi E, *et al.* Prospective study of depressive symptoms and quality of life in acne vulgaris patients treated with isotretinoin compared to antibiotic and topical therapy. *Austral J Dermatol* 2002; 43:262-8.

Oliveira JM, Sobreira G, Velosa J, *et al.* Association of isotretinoin with depression and suicide: a review of current literature. *J Cutan Med Surg.* 2018; 22(1):58-64.

Oprica C, Emtestam L, Hagstromer L, Nord CE. Clinical and microbiological comparisons of isotretinoin vs. tetracycline in acne vulgaris. *Acta Dermatol-Venereol* 2007; 87(3):246-54.

Patel M, Bowe WP, Heughebaert C, Shalita AR. The development of antimicrobial resistance due to antibiotic treatment of acne vulgaris: a review. *J Drugs Dermatol* 2010; 9(6):655-64.

Patwardhan M, Mehta B, Kangle S, *et al.* Isotretinoin and lasers: can they be used at the same time? *J Am Acad Dermatol* 2012; 66(4): AB 28.

Peck GL, Olsen TG, Butkus D, *et al.* Isotretinoin versus placebo in the treatment of cystic acne. A randomized double-blind study. *J Am Acad Dermatol* 1982; 6(Pt 2 Suppl):735-45.

- Pfeffer C, Dalla Costa M, Garrido MG, *et al.* Isotretinoína en el tratamiento del acné: nuestra experiencia en 1995-96. *Arch Argent Dermatol* 1998; 48:19-23.
- Picosse FR, Yarak S, Cabral NC, Bagatin E. Early chemabrasion for acne scars after treatment with oral isotretinoin. *Dermatol Surg* 2012; 38:1521-6.
- Puri N. Efficacy of modified Jessner's peel and 20% TCA versus 20% TCA peel alone for the treatment of acne scars. *J Cutan Aesthet Surg* 2015; 8(1):42-5.
- Rademaker M, Wishart JM, Birchall NM. Isotretinoin 5 mg daily for low-grade adult acne vulgaris – a placebo-controlled, randomized double-blind study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2014; 28:747-54.
- Rademaker M. Isotretinoin: dose, duration and relapse. What does 30 years of usage tell us? *Australas J Dermatol.* 2013; 54:157-62.
- Rademaker M. Making sense of the effects of the cumulative dose of isotretinoin in acne vulgaris. *Int J Dermatol.* 2016; 55:518-23.
- Raymond EG, Burke AE, Espey E. Combined hormonal contraceptives and venous thromboembolism: putting the risks into perspective. *Obstet Gynecol* 2012; 119:1039-44.
- Rocha MA, Bagatin E. Skin barrier and microbiome in acne. *Arch Dermatol Res* 2018; 310(3):181-5.
- Rocha MA, Costa CS, Bagatin E. Acne vulgaris: an inflammatory disease even before the onset of clinical lesions. *Inflamm Allergy Drug Targets.* 2014, 13(3):162-7.
- Ruiz Maldonado R, Alvarez Franco M. Isotretinoína oral en acné: experiencia en 100 pacientes mexicanos. *Dermatol Rev Mex* 1992;36:294-7.
- Sampaio SAP, Pimentel ERA. Isotretinoína no tratamento da acne vulgar. *An Bras Dermatol* 1985; 60:349-52.
- Scharnitz TP, Kirby J, Lee YS. A meta-analysis of laboratory monitoring during treatment with isotretinoin. *J Invest Dermatol.*2015; 135:S28-S48.
- Shalita A. The integral role of topical and oral retinoids in the early treatment of acne. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2001; 15(Suppl.2):S43-9.
- Shinkai K, McMichael A, Linos E. Isotretinoin laboratory test monitoring a call to decrease testing in an era of high-value, cost-conscious care. *JAMA Dermatol.* 2016; 152(1):17-9.
- Sladden MJ, Harman KE. What is the chance of a normal pregnancy in a woman whose fetus has been exposed to isotretinoin? *Arch Dermatol.* 2007; 143:1187-8.
- Spring LK, Krakowski AC, Alam M, Bhatia A, Brauer J, Cohen J, *et al.* Isotretinoin and timing of procedural interventions: a systematic review with consensus recommendations. *JAMA Dermatol.* 2017; 153:802-9.

Steventon K. Expert opinion and review article: The timing of comedone extraction in the treatment of premenstrual acne - a proposed therapeutic approach. *Int J Cosmet Sci* 2011; 33(2):99-104.

Stobaugh DJ, Deepak P, Ehrenpreis ED. Alleged isotretinoin-associated inflammatory bowel disease: Disproportionate reporting by attorneys to the Food and Drug Administration Adverse Event Reporting System. *J Am Acad Dermatol* 2013; 69(3):393-8.

Strauss JS, Rapini RP, Shalita AR, *et al.* Isotretinoin therapy for acne: results of a multicenter dose-response study. *J Am Acad Dermatol* 1984; 10:490-6.

Strauss JS, Stranieri AM. Changes in long-term sebum production from isotretinoin therapy. *J Am Acad Dermatol* 1982; 6:751-6.

Suarez B, Serrano A, Cova Y, Baptista T. Isotretinoin was not associated with depression or anxiety: A twelve-week study. *World J Psychiatry*. 2016; 6:136-42.

Sundström A, Alfredsson L, Sjölin-Forsberg G *et al.* Association of suicide attempts with acne and treatment with isotretinoin: retrospective Swedish cohort study. *Br Med J* 2010; 341:c5812.

Tan J, Boyal S, Desai K, Knezevic S. Oral Isotretinoin: new developments relevant to clinical practice. *Dermatol Clin*. 2016; 34:175-84.

Tan J, Gollnick HP, Loesche C, Ma YM, Gold LS. Synergistic efficacy of adapalene 0.1%–benzoyl peroxide 2.5% in the treatment of 3,855 acne vulgaris patients. *J Dermatol Treat* 2011; 22(4):197–205.

Tan J, Humphrey S, Vender R, Barankin B, Gooderham M, Kerrouche N *et al.* A treatment for severe nodular acne: a randomized investigator-blinded, controlled, non-inferiority trial comparing fixed-dose adapalene/BPO plus doxycycline vs oral isotretinoin. *Br J Dermatol* 2014;171(6):1508-16.

Tekin NS, Ozdolap S, Sarikaya S, Keskin SI. Bone mineral density and bone turnover markers in patients receiving a single course of isotretinoin for nodulocystic acne. *Int J Dermatol*. 2008; 47:622-5.

Tenaud I, Khammari A, Dreno B. In vitro modulation of TLR-2, CD1d and IL-10 by adapalene on normal human skin and acne inflammatory lesions. *Exp Dermatol* 2007; 16(6): 500-6.

Thiboutot D. Versatility of azelaic acid 15% gel in treatment of inflammatory acne vulgaris. *J Drugs Dermatol* 2008; 7(1):13-6.

Thiboutot DM, Dréno B, Abanmi A, Alexis AF, Araviiskaia E, Barona Cabal MI *et al.* Practical management of acne for clinicians: An international consensus from the Global Alliance to Improve Outcomes in Acne. *J Am Acad Dermatol*. 2018;78(2 Suppl 1):S1-S23.

Thielitz A, Sidou E, Gollnick H. Control of microcomedone formation through a maintenance treatment with adapalene gel 0.1%. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007; 21:747-53.

Tkachenko E, Singer S, Sharma P, Barbieri J, Mostaghimi A. US Food and Drug Administration reports of pregnancy and pregnancy-related adverse events associated with isotretinoin. *JAMA Dermatol*. 2019; 155:1175-9.

Tugrul Ayanoglu B, Demirdag HG, Yalici Armagan B, Bezirgan O. (2019). Perceptions about oral isotretinoin treatment. *Dermatol Ther* 2019, e12873. doi:10.1111/dth.12873.

Tyler K, Zirwas J. Contraception and the dermatologist. *J Am Acad Dermatol* 2013; 68(6):1022-9.

Vallerand IA, Lewinson RT, Farris MS, *et al.* Efficacy and adverse events of oral isotretinoin for acne: a systematic review. *Br J Dermatol.* 2018;178(1):76-85.

Vilar GN, Sobral JF, Santos LA. qualidade de vida, a autoestima e os fatores psicossociais dos adolescentes com acne vulgar. *An Bras Dermatol.* 2015; 90(5):622-9.

Wakabayashi M, Fujii N, Fujimoto N, Tanaka T. Cystic acne successfully treated with diaminodiphenylsulfone. *J Dermatol* 2011; 38(5):502-4.

Waldman A, Bolotin D, Arndt KA, *et al.* ASDS Guidelines Task Force: Consensus recommendations regarding the safety of lasers, dermabrasion, chemical peels, energy devices, and skin surgery during and after isotretinoin use. *Dermatol Surg.* 2017; 43(10):1249-62.

Williams HC, Dellavalle RP, Garner S. Acne vulgaris. *The Lancet* 2012; 379(9813):361-72.

Wootton CI. Should isotretinoin be stopped prior to surgery? A Critically Appraised Topic. *Br J Dermatol* 2014; 170:239–44.

Yazici K, Baz K, Yazici AE, *et al.* Disease-specific quality of life is associated with anxiety and depression in patients with acne. *Eur Acad Dermatol Venereol* 2004; 18:435-9.

You HJ, Kim DW, Yoon ES, Park SH. Comparison of four different lasers for acne scars: Resurfacing and fractional lasers. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2016; 69(4):e87-95.

Zaenglein AL, Pathy AL, Schlosser BJ *et al.* Guidelines of care for the management of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol.* 2016; 74(5):945-73.

Zane LT, Leyden WA, Marqueling AL, Manos MM. A population-based analysis of laboratory abnormalities during isotretinoin therapy for acne vulgaris. *Arch Dermatol* 2006; 142:1055-7.

Zouboulis CC, Fischer TC, Wohlrab J, *et al.* Study of the efficacy, tolerability, and safety of 2 fixed-dose combination gels in the management of acne vulgaris. *Cutis* 2009; 84(4):223–9.

CAPÍTULO 3

ANÁLISE DE DIFERENTES MÉTODOS NO DIAGNÓSTICO DA COVID-19: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 30/07/2020

Karolina Silva Leite de Santana

Faculdade Maria Milza (FAMAM)
Governador Mangabeira – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/2142446483729752>

Sthefy Hevhelling Vila Verde Souza

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
(UFRB)
Cruz das Almas – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/6180237629093145>

Sthefany Hevhanie Vila Verde Souza

Faculdade Maria Milza (FAMAM)
Governador Mangabeira – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/6713265819751379>

Gabriella Silva Leite de Santana

Faculdade Maria Milza (FAMAM)
Governador Mangabeira – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/6544101513261764>

Beatriz Barbosa de Souza de Jesus

Faculdade Maria Milza (FAMAM)
<http://lattes.cnpq.br/4419711008123654>

Manoel Nonato Borges Neto

Faculdade Maria Milza (FAMAM)
Governador Mangabeira – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/3183913289944008>

Mariane de Jesus da Silva de Carvalho

Faculdade Maria Milza (FAMAM)
Governador Mangabeira – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/5362106150091089>

Kátia Nogueira Pestana de Freitas

Faculdade Maria Milza (FAMAM)
Governador Mangabeira - Bahia
<http://lattes.cnpq.br/5642596758984532>

Vânia Jesus dos Santos de Oliveira

Faculdade Maria Milza (FAMAM)
Governador Mangabeira – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/2524742041569632>

Weliton Antonio Bastos de Almeida

Faculdade Maria Milza (FAMAM)
Governador Mangabeira – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/5997348120646367>

RESUMO: O SARS-CoV-2 é um betacoronavírus que surgiu na cidade chinesa de Wuhan, no segundo semestre do ano de 2019. Causador da COVID-19, uma doença com alta transmissibilidade, que apresenta sintomas iniciais similares aos de uma gripe comum, como febre alta, tosse seca, perda de paladar, fadiga e, em casos graves, Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA), podendo levar à óbito, sintomas cardíacos, como arritmias, miocardite, entre outros, também foram relatados. Diante da alta transmissibilidade da doença, esse estudo objetivou verificar os métodos de diagnóstico mais utilizados, avaliando suas eficácias. Para isso, foi realizada uma pesquisa bibliográfica utilizando os descritores “SARS-CoV-2”, “Infecção por Coronavírus”, “Diagnóstico”, “RT-PCR” e “Diagnóstico por imagem”, nos idiomas português e inglês, publicados entre 2006 e 2020 nas bases de dados PubMed, Scientific Electronic Library Online (ScieELO), Scholar.google e no

site oficial da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas (SBAC). Foram encontradas mais de 530 publicações, que foram previamente analisadas, a partir do título e resumo. Artigos que não abordassem o tema proposto ou que não foram disponibilizados na íntegra foram descartados, restando 46 publicações para a leitura completa. Destes, foram utilizadas 30 publicações, sendo 23 artigos, 1 livro, 2 comunicações oficiais da SBAC e 4 publicações oficiais do Ministério de Saúde. Os estudos indicam que o método ideal para o diagnóstico da COVID-19 é o RT-PCR, apoiado por qualquer um dos demais métodos. No entanto, devido à alta taxa de transmissão da doença e possível superlotação do sistema de saúde, os testes imunológicos podem ser um método eficaz que também pode ser utilizado no auxílio ao diagnóstico.

PALAVRAS-CHAVE: SARS-CoV-2. Diagnósticos laboratoriais. Diagnóstico por imagem. RT-PCR.

ANALYSIS OF DIFFERENT METHODS IN DIAGNOSIS OF COVID-19: AN LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: SARS-CoV-2 is a betacoronavirus that appeared in the Chinese city of Wuhan, in the second semester of the 2019. The cause of COVID-19, a high transmissibility disease, that presents initial symptoms similar to those of a common flu, like high fever, dry cough, loss of taste, fatigue and, in severe cases, Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS), it can lead to death, cardiac symptoms, as arrhythmias, myocarditis and others, were also reported. In front of the high transmissibility of the disease, this research aimed to verify the most used diagnostic methods and evaluate their effectiveness. A bibliographic research was carried out, using the descriptors “SARS-CoV-2”, “Coronavirus infection”, “Diagnosis”, “RT-PCR” and “Diagnostic imaging”, in English and Portuguese, published between 2006 and 2020 in the databases PubMed, Scientific Electronic Library Online (ScieELO), Scholar.google and the official website of the Brazilian Society of Clinical Analyzes (SBAC). More than 530 publications were found, which were previously analyzed from the title and abstract. Articles that did not address the proposed theme or that not made available in full were discarded, leaving 46 publications for complete reading. Of these, 30 publications were used, being 23 articles, 1 book, 2 SBAC official communications and 4 official publications from Health Ministry. The studies indicate that the ideal method for diagnosing COVID-19 is RT-PCR, supported by any of the other methods. However, due to the high rate of disease transmission and possible overcrowding in the health system, immunological tests can be an effective method that can also be used to aid diagnosis.

KEYWORDS: SARS-CoV-2. Laboratory diagnosis. Diagnostic imaging. RT-PCR.

INTRODUÇÃO

Iniciado em dezembro de 2019 e partindo da cidade chinesa de Wuhan, um novo vírus se espalhou por todos os continentes, instaurando um estado de pandemia que se estendeu, até a data do presente estudo, pelo primeiro semestre de 2020. O patógeno foi identificado como um novo beta coronavírus, denominado coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2) (GUAN et al., 2020), que pertence à família

Coronaviridae e à subfamília *Orthocoronavirinae* (REN et al., 2020).

O vírus causa a COVID-19 (do inglês, Coronavirus Disease 2019), cujos principais sintomas são, em fase inicial, inespecíficos, com febre, fadiga e tosse seca, podendo evoluir para dispneia ou, em casos mais graves, Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA) (BRASIL, 2020a; CHU et al., 2020). Costa et al. (2020) aponta que o vírus pode afetar o sistema cardiovascular com manifestações diversas como miocardite, insuficiência cardíaca, arritmias, choque e síndrome de Takotsubo. No grupo de risco se encontram idosos, portadores de doenças crônicas, imunossuprimidos, pacientes com câncer e gestantes de alto risco.

A COVID-19 apresenta grande transmissibilidade, portanto, mesmo que apresente baixa taxa de letalidade, o SARS-CoV-2 traz alto risco em nível de população. Assim, é necessário desenvolver, ajustar ou avaliar formas eficientes e rápidas de diagnóstico, com o propósito de quebrar sua cadeia de transmissão (MUNSTER et al., 2020).

Outro aspecto a ser considerado devido à alta taxa de transmissibilidade é a sobrecarga dos sistemas de saúde público e privado, que, além de não suportar um grande número de contaminados, poderá encontrar dificuldades em atender a demanda rotineira de outras doenças ou vítimas de trânsito e violência. Dessa maneira, é de grande importância a utilização de métodos seguros e rápidos para diagnosticar a COVID-19, agilizando o tratamento de pacientes sintomáticos e possibilitando a identificação e isolamento social de portadores assintomáticos, a fim de evitar que estes propaguem a doença, ao seguir sua rotina normal.

Atualmente, são utilizados quatro métodos de diagnóstico, sendo eles, o reverse transcription polymerase chain reaction (RT-PCR), a tomografia computadorizada, o teste rápido desenvolvido especificamente para a COVID-19 e demais exames laboratoriais (BRASIL, 2020a). Em função desses aspectos, o presente estudo tem por objetivo verificar os métodos de diagnóstico mais utilizados, avaliando suas eficácias através de uma revisão sistemática.

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão de literatura sistemática a fim de analisar os métodos de diagnóstico utilizados para a COVID-19. Foram utilizadas as seguintes bases de dados para a coleta dos artigos: PubMed, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Scholar.google e o site oficial da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas (SBAC), com os descritores “SARS-CoV-2”, “Infecção por Coronavírus”, “Diagnóstico”, “RT-PCR” e “Diagnóstico por imagem” nas línguas portuguesa e inglesa.

Esta revisão de literatura foi realizada no mês de abril de 2020. Como critério de inclusão foram selecionados trabalhos em português e inglês, publicados entre 2006 e 2020 e que tivesse relação com o tema pesquisado. Encontrou-se mais de 530 publicações, as

quais foram previamente analisadas a partir da leitura do título e resumo. Após aplicação do critério de inclusão foram selecionados 30 trabalhos que abordavam o objetivo proposto e que foram disponibilizados na íntegra, sendo, 23 artigos, 2 comunicações oficiais da SBAC, 4 publicações oficiais do Ministério da Saúde e 1 livro.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da leitura das publicações encontradas sobre o diagnóstico da COVID-19, e com base nos critérios pré-estabelecidos, foram selecionados quatro métodos que vêm sendo utilizados de forma isolada ou combinada com outros métodos, sendo estes: 1) Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction (RT-PCR); 2) Testes rápidos; 3) Exames Laboratoriais; 4) Tomografia Computadorizada.

REVERSE TRANSCRIPTION POLYMERASE CHAIN REACTION (RT-PCR)

De acordo com seu criador, Kary Mullis, a técnica de PCR é um processo que amplifica uma ou mais sequências específicas de ácidos nucleicos. Consiste na separação do DNA *in vitro* através de processos físicos, químicos ou enzimáticos. As regiões de interesse a serem amplificadas são delimitadas por oligonucleotídeos iniciadores (*primers*), que se ligam à sequência alvo específica, de forma que o produto de extensão seja complementar a cada fita de DNA, produzindo moléculas de fita simples que possibilitam o sequenciamento do material.

O diagnóstico molecular para identificação do vírus (SARS-CoV-2) é realizado por meio da técnica RT-PCR (BRASIL, 2020), é o teste mais utilizado para confirmação diagnóstica de casos suspeitos (PACHITO, 2020). A RT-PCR é mais sensível do que a PCR convencional, e consiste na conversão do RNA em cDNA (DNA complementar) por meio da enzima transcriptase reversa. A partir do cDNA, a fita complementar é sintetizada, e será amplificada seguindo os processos de: desnaturação, que consiste no rompimento das pontes de hidrogênio que ligam a dupla fita de DNA; anelamento, que consiste na fixação dos *primers* à sequência alvo e extensão, onde são sintetizadas duas novas fitas de DNA a cada ciclo da PCR, realizando a amplificação do mesmo (PIERCE, 2016).

De acordo com Araújo-Filho et al. (2020), o RT-PCR é considerada padrão-ouro para o diagnóstico final da COVID-19. Mesmo existindo resultados falso-negativos, estes podem ser justificados por material insuficiente e técnicas de detecção ou extração inadequadas. O resultado do exame leva cerca de três horas, necessitando de mão de obra qualificada e aparelhos específicos para a sua realização, elevando o custo do exame e dificultando o acesso de parte da população ao diagnóstico por meio dessa técnica.

A realização da RT-PCR é indicada na fase aguda da doença, ou seja, entre o primeiro e o oitavo dia do aparecimento dos sintomas, uma vez que, após esse período há formação de anticorpos, diminuindo a carga viral. Além disso, recomenda-se a coleta

de amostras do trato respiratório superior, uma vez que este atinge o pico de carga viral três dias após o surgimento dos sintomas e as amostras nasais têm uma maior carga viral quando comparadas à amostras coletadas da garganta (OLIVEIRA, 2020; AL-TAWFIQ e MEMISH, 2020).

TESTES IMUNOLÓGICOS

Os testes imunológicos para a identificação da COVID-19 apresentam vantagens no que diz respeito ao custo e rapidez nos resultados, no entanto, devem ser utilizados como suporte para o diagnóstico ou descarte do caso suspeito, e não como método de diagnóstico. O mesmo avalia se o indivíduo teve ou não contato com o vírus através do método de imunocromatografia, obtendo os resultados positivo ou negativo para a imunoglobulina M (IgM) ou imunoglobulina G (IgG). É realizado utilizando sangue, soro ou plasma. O resultado positivo para IgM mostra que o indivíduo teve contato com o vírus, mesmo que assintomático, e pode transmitir a doença, por outro lado, o IgG positivo mostra que o indivíduo já teve contato com o vírus e não transmite mais a doença. Já o teste rápido negativo para IgG e IgM mostram que o indivíduo não possui anticorpos contra a doença (BRASIL, 2020c).

A orientação é que a realização do teste seja feita a partir do sétimo dia do surgimento dos sintomas, para garantir que o organismo já esteja produzindo anticorpos. Desse modo, é importante que o paciente realize o teste no intervalo necessário para evitar resultado falso negativos. Esses testes devem ser realizados e interpretados por um profissional da área devidamente habilitado e capacitado. Além disso, é importante a realização de exames complementares para um diagnóstico conclusivo, visto que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o diagnóstico da doença deve ser feito pelo RT-PCR e não pelos testes rápidos (LOEFFELHOLZ e TANG, 2020; BRASIL, 2020d; BRASIL, 2020c; SBAC, 2020).

EXAMES LABORATORIAIS

Além dos métodos supracitados, alguns exames laboratoriais podem ser utilizados no auxílio do diagnóstico da COVID-19, e nunca de maneira isolada, visto que algumas alterações podem estar presentes em pacientes infectados, entre elas, linfopenia, que de acordo com Zhang et al. (2020) pode estar associada à migração dos linfócitos do sangue para o pulmão; aumento da proteína C reativa, que é um marcador de processos inflamatórios e infecciosos (COLLARES e PAULINO, 2006).

Além disso, a partir de exames laboratoriais é possível identificar o aumento do dímero D, que é utilizado no diagnóstico de trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar (COSTA et al., 2011), além da análise de leucócitos e neutrófilos, avaliando a presença de leucocitose e neutrofilia, caracterizadas respectivamente pelo aumento no

número de leucócitos e neutrófilos, podendo assim, colaborar no diagnóstico da COVID-19 (SBAC, 2020).

Nalbant et al. (2020) reportam que é comum ocorrer aumento das atividades de enzimas hepáticas, assim como o aumento dos tempos de protrombina em pacientes contaminados pelo coronavírus. Podem ocorrer também diminuição dos níveis da albumina sérica e de hemoglobina, característicos da perda de apetite, que podem fazer com que os pacientes contaminados não se alimentem como deveriam (JÚNIOR., et al 2020).

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

A tomografia computadorizada (TC) é uma técnica valiosa de diagnóstico médico, devido ao resultado em imagem tridimensional do objeto de estudo, gerada através de pulsos curtos de radiação, transmitidos durante a rotação do emissor em torno da parte do corpo a ser examinada e recebidos por detectores eletrônicos também rotatórios, então analisados por um computador (SHAMPO e KYLE, 1996).

A tomografia computadorizada do tórax tem sido muito solicitada por médicos para pacientes com suspeita de COVID-19, uma vez que muitas vezes o resultado da RT-PCR é mais demorado por conta da crescente demanda (SHOJI et al., 2020). Segundo Araújo-Filho et al. (2020), os principais padrões encontrados na TC do tórax em pacientes contaminados em fase inicial são opacidades em vidro fosco, consolidações focais e opacidades mistas, com acometimento bilateral e multifocal, enquanto nos pacientes em fase avançada, entre 8 e 14 dias após apresentação dos sintomas, é comum apresentar também espessamento septal, alterações reticulares, derrame pleural e estrias fibróticas.

A presença de fina camada fibrótica (opacidades reticulares finas) indica bom prognóstico da doença, com evolução em remissão (LAI et al., 2020). No entanto, a tomografia computadorizada deve ser utilizada preferencialmente em pacientes hospitalizados em conjunto com outros exames para avaliar se há comprometimento do pulmão, nunca de maneira isolada para diagnóstico da COVID-19 (CHATE et al., 2020).

Segundo o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR), é necessária a comprovação laboratorial da COVID-19 mesmo quando os achados de imagem são altamente sugestivos, posto que estes não são específicos e se sobrepõem aos de outras infecções agudas como MERS, influenza e H1N1. Ainda de acordo com a CBR, o uso da TC como possível método de diagnóstico se iniciou devido à escassez de testes sorológicos em algumas regiões e também por relatos que apontavam achados na TC em paciente com sorologia negativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível observar que a RT-PCR é o método de diagnóstico mais indicado para a COVID-19, apesar de seu custo elevado. Os testes imunológicos são uma alternativa

mais acessível e, devido à praticidade e baixo custo que oferecem, podem ajudar a evitar a sobrecarga do sistema de saúde, agindo como uma forma rápida de isolar os pacientes com resultado positivo, no entanto, é recomendável a realização da RT-PCR em pacientes com resultado negativo para a COVID-19 de forma a evitar falsos-negativos. No tocante à Tomografia Computadorizada, seu uso é necessário no acompanhamento dos pacientes sintomáticos, no entanto, não apresenta resultados em pacientes assintomáticos, dessa forma seu uso como instrumento de diagnóstico não é indicado. Os demais exames laboratoriais citados encontram obstáculo na leitura do diagnóstico, visto que os sintomas podem ser apresentados por outras doenças. Dessa forma, mostra-se recomendável o uso dos demais métodos em conjunto com a RT-PCR, para que haja garantia de resultados confiáveis. Conclui-se que é recomendável priorizar a RT-PCR e, em caso de limitação ou impossibilidade de realização desse método, deve-se recorrer aos testes imunológicos.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Programa de Iniciação Científica (PROINC) da Faculdade Maria Milza (FAMAM) e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) pela Bolsa de Iniciação Científica concedida às discentes “Beatriz Barbosa de Souza de Jesus e Karolina Silva Leite de Santana”.

REFERÊNCIAS

- AL-TAWFIQ, J. A, MEMISH, Z. A. **Diagnosis of SARS-CoV-2 Infection based on CT scan vs. RT-PCR: Reflecting on Experience from MERS-CoV.** Journal of Hospital Infection.2020. DOI: 10.1016/j.jhin.2020.03.001
- ARAUJO-FILHO. et al. **Pneumonia por COVID-19: qual o papel da imagem no diagnóstico?**. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 46, n. 2, 2020. DOI: 10.36416/1806-3756/e20200114
- BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Covid-19: saiba mais sobre testes rápidos.** Brasília, DF, 2020d
- BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Testes para Covid-19: perguntas e respostas.** Brasília-DF, 2020c
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolo de manejo clínico para o novo-coronavírus (2019nCoV).** Brasília, DF, 2020b
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para Diagnóstico e Tratamento da COVID-19.** Brasília, DF, 2020a
- CHATE, R. C., et al. **Apresentação tomográfica da infecção pulmonar na COVID-19: experiência brasileira inicial.** Jornal Brasileiro de Pneumologia. v. 46, n. 2, 2020

CHU, D. K. W., et al. **Molecular Diagnosis of a Novel Coronavirus (2019-nCoV) Causing an Outbreak of Pneumonia.** Clinical Chemistry, v. 66, n. 4, p. 549-555, 2020, DOI:10.1093 / clinchem / hvaa029

Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem. **Recomendações de uso de métodos de imagem para imagem para pacientes suspeitos de infecção pelo COVID-19.** 2020. Disponível em: https://cbr.org.br/wp-content/uploads/2020/03/CBR_Recomenda%C3%A7%C3%B5es-de-uso-de-m%C3%A9todos-de-imagem.pdf

COLLARES, G. B. e PAULINO, U. H. M. **Aplicações clínicas atuais da proteína C reativa.** Revista Médica de Minas Gerais, v. 16, n.4, p. 227-233, 2006

COSTA, C. A. R., et al. **Importância da dosagem do dímero-D no diagnóstico e exclusão do tromboembolismo pulmonar.** Infarma, v. 23, n. 3/4, 2011

COSTA, I. B. S. S. et al. **O coração e a COVID-19: o que o cardiologista precisa saber.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2020, DOI: 10.36660/abc.20200279

GUAN, W., et al. **Clinical Characteristic of Coronavirus Disease 2019 in China.** The New England Journal of Medicine, 2020

JÚNIOR, S. A. **COVID-19 e a infecção por Sars-CoV-2 em um panorama geral.** Brazilian Journal of health Review, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 3508-3522, 2020

LAI, C. C., et al. **Asymptomatic carrier state, acute respiratory disease and pneumonia due to coronavirus 2 of severe acute respiratory syndrome (SARS-CoV-2): facts and myths.** Journal of Microbiology, Immunology and Infection. 2020. DOI: 10.1016 / j.jmii.2020.02.012

LIMA, C. M. A. O. **Informações sobre o novo coronavírus (COVID-19).** Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, v. 53, n. 2, p. V-VI, 2020. DOI: 10.1590/0100-3984.2020.53.2e1

LOEFFELHOLZ, M. J e TANG, Y. **Laboratory diagnosis of emerging human coronavirus infections - the state of the art.** Emerg Microbes Infect., v. 9, n. 1, 747–756, 2020. DOI: 10.1080/22221751.2020.1745095

MULLIS, K. B. **Process for amplifying nucleic acid sequences.** Depositante: Kary B. Mullis. EUA: 4.683.202. Depósito: 28 jul. 1987

MUNSTER, V. J. et al. **A Novel Coronavirus Emerging in China – Key Questions for Impact Assessment.** The New England Journal of Medicine. 2020. DOI:10.1056/NEJMp2000929

NALBANT, A., et al. **Can the neutrophil/lymphocyte ratio (NLR) have a role in the diagnosis of coronavirus 2019 disease (COVID-19)?** JOURNAL OF THE BRAZILIAN MEDICAL ASSOCIATION, n. 22, p. 5-9

OLIVEIRA, E. S, MATOS, M. F, Morais ACLN. **Perspectiva de resultados falso-negativos no teste de RT-PCR quando realizado tardiamente para o diagnóstico de Covid-19.** InterAm J Med Health, v. 3, 2020. DOI: 10.31005/jmh.v3i0.90

PACHITO, D. V., **Testes diagnósticos para Covid-19**. Síntese de evidência. Disponível em: <https://oxfordbrazilebm.com/index.php/2020/03/27/testes-diagnosticos-covid-19/>

PIERCE, B. A. **Genética: um enfoque conceitual**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

REN, L. L., et al. **Identification of a novel coronavirus causing severe pneumonia in human: a descriptive study**. Chinese Medical Journal, v. 133, n. 9, p. 1015-1024, 2020.

SBAC, Sociedade Brasileira de Análises Clínicas. **Alterações laboratoriais em pacientes com Covid-19**, 2020. <http://www.sbac.org.br/blog/2020/03/26/alteracoes-laboratoriais-em-pacientes-com-covid19/>

SBAC, Sociedade Brasileira de Análises Clínicas. **Testes para Covid-19: perguntas e respostas**, 2020. <http://www.sbac.org.br/blog/2020/04/20/testes-para-covid-19-perguntas-e-respostas/>

SHAMPO, M. A., KYLE, R. A. **Allan Cormack—Codeveloper of Computed Tomographic Scanner**. Mayo Clinic Proceedings, v. 71, n. 3, p. 288, 1996.

SHOJI, H., et al. **Relatório estruturado de tomografia computadorizada de tórax para a pandemia do COVID-19**. Einstein, São Paulo, v. 18, p.1-3, 2020. DOI: 10.31744/einstein_journal/2020ED5720

Zhang, G., Zhang, J., Wang, B., Zhu, X., Wang, Q., & Qiu, S. **Analysis of clinical characteristics and laboratory findings of 95 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a retrospective analysis**. Respiratory Research, v. 21, n.1, p. 1-10, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12931-020-01338-8>

CAPÍTULO 4

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA LEISHMANIOSE VISCERAL NO ESTADO DO PIAUÍ NO PERÍODO DE 2015 A 2018

Data de aceite: 01/10/2020

Francisca Maria Pereira da Cruz

Instituto de Ensino Superior Múltiplo – IESM,
Timon-MA
<http://lattes.cnpq.br/5343894061869778>

Aclênia Maria Nascimento Ribeiro

Instituto de Ensino Superior Múltiplo – IESM,
Timon-MA
<http://lattes.cnpq.br/5883408075990521>

Nayara Vanele Ribeiro Pinto

Centro de Ensino Unificado de Teresina-CEUT,
Teresina – PI
<http://lattes.cnpq.br/2572599707904941>

Dália Rodrigues Lima

Instituto de Ensino Superior Múltiplo – IESM,
Timon-MA
<http://lattes.cnpq.br/8307883177573258>

Verônica Elis Araújo Rezende

Universidade Federal do Piauí – UFPI
<http://lattes.cnpq.br/7548179264137372>

Daniele de Oliveira Nascimento

Estácio Ceut, Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/3837436749402237>

Hanna Santana Mesquita

Faculdade Santo Agostinho, Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/2298963879163429>

Cyane Fabiele Silva Pinto

Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/9530661566258015>

Pâmela Caroline Guimarães Gonçalves

Faculdade Integrada da Grande Fortaleza – FGF, Fortaleza-CE
<http://lattes.cnpq.br/7142069740426505>

Dallyane Cristhefane Carvalho Pinto

Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina – PI
<http://lattes.cnpq.br/2547288253506603>

Ivone Manon Martins Costa

Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina – PI
<http://lattes.cnpq.br/2266735570450747>

Francinalda Pinheiro Santos

Instituto de Ensino Superior Múltiplo – IESM,
Timon-MA
<http://lattes.cnpq.br/5196050041298486>

RESUMO: Objetivo: Descrever os aspectos epidemiológicos da Leishmaniose Visceral no Estado do Piauí no período de 2015 a 2018.

Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa, no qual foram utilizados os dados disponíveis sobre os casos de Leishmaniose Visceral registrados no Sistema Nacional de Notificações e Agravos, do Ministério da Saúde, no Estado do Piauí, no período de 2015 a 2018. **Resultados:** No período estudado foram notificados 862 casos confirmados de Leishmaniose Visceral no Piauí, sendo o maior número de caso registrados no ano de 2017. A maior parte dos casos, em termo de microrregião foram registrados em Teresina, e no Baixo Parnaíba Piauiense, sendo a menor parte, registrada em Alto Parnaíba, Pio IX e

em Valença. Percebeu-se que essa doença ocorre em qualquer idade, porém há maior prevalência nas faixas etárias de 20 a 39 anos, 1 a 4 anos e 40 a 59 anos, sendo as faixas etárias maiores de 60 anos, as menos acometidas. Dentre as raças analisadas, a raça parda foi a predominante, e entre os sexos observados, o masculino possuiu maior prevalência em relação ao sexo feminino. Segundo o grau de escolaridade, houve maior ocorrência em indivíduos da 5ª a 8ª série incompleta e ensino fundamental completo. **Conclusão:** No período estudado, observou-se a alta prevalência de Leishmaniose Visceral no Estado do Piauí, demonstrando a necessidade de profissionais capacitados e de fatores operacionais disponíveis para que as medidas de prevenção e controle dessa doença preconizadas pelo Ministério da Saúde sejam efetivadas nos municípios. Além disso, mais estudos para análise dos casos notificados são importantes para o planejamento das ações de controle.

PALAVRAS-CHAVE: Leishmaniose visceral; Perfil de saúde; Notificação de doenças

EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF VISCERAL LEISHMANIOSIS IN THE STATE OF PIAUÍ FROM 2015 TO 2018

ABSTRACT: Objective: To describe the epidemiological aspect of Visceral Leishmaniasis in the State of Piauí from 2015 to 2018. **Methodology:** This is a descriptive, retrospective study with a quantitative approach, in which the available data on the cases of registered Visceral Leishmaniasis were used in the National System of Notifications and Diseases, of the Ministry of Health, in the State of Piauí, in the period from 2015 to 2018. **Results:** In the period studied, 862 confirmed cases of Visceral Leishmaniasis in Piauí were reported, with the highest number of cases registered in the year de 2017. Most of the cases, in terms of microregion, were registered in Teresina, and in Baixo Parnaíba Piauiense, the smallest part being registered in Alto Parnaíba, Pio IX and in Valença. It was noticed that this disease occurs at any age, but there is a higher prevalence in the age groups of 20 to 39 years, 1 to 4 years and 40 to 59 years, with the age groups older than 60 years, the least affected. Among the races analyzed, the brown race was the predominant one, and among the observed genders, the male had a higher prevalence in relation to the female sex. According to the level of education, there was a higher occurrence in individuals from the 5th to the 8th grade incomplete and complete elementary school. **Conclusion:** During the studied period, there was a high prevalence of Visceral Leishmaniasis in the State of Piauí, demonstrating the need for trained professionals and available operational factors so that the measures for the prevention and control of this disease recommended by the Ministry of Health are implemented in the municipalities. In addition, further studies to analyze notified cases are important for planning control actions.

KEYWORDS: Visceral leishmaniasis; Health profile; Disease notification

1 | INTRODUÇÃO

A Leishmaniose Visceral (LV), também conhecida como Calazar, Esplenomegalia tropical e Febre Dundun é uma doença crônica e sistêmica, cujo agente etiológico são os protozoários tripanosomatídeos do gênero *Leishmania*, onde, nas Américas, a *Leishmania chagasi* é a espécie comumente envolvida na transmissão da Leishmaniose Visceral (BRASIL, 2014).

Na área urbana, o cão é a principal fonte de infecção e no ambiente silvestre, os reservatórios são as raposas e os marsupiais e o principal vetor que estão relacionados com a transmissão da doença é a *Lutzomya longipalpis*, que se adapta facilmente ao peridomicílio e a variadas temperaturas. A transmissão se dá pela picada dos vetores infectados, não sendo transmitida de pessoa a pessoa (BRASIL, 2014).

A vigilância da LV é uma atividade complexa e um desafio à saúde pública no país, pois envolve o controle do reservatório por meio de triagem sorológica e eutanásia dos cães positivos; a redução do vetor com medidas de manejo ambiental e combate químico e o diagnóstico precoce da doença e tratamento correto. (BARBOSA, 2014).

O diagnóstico clínico da LV deve ser suspeitado quando o paciente apresentar febre e esplenomegalia, associado ou não a hepatomegalia. A evolução clínica é dividida em três períodos: período inicial, período de estado e período final. Dependendo do período em que a doença se encontra podem surgir além dos sintomas acima citados, palidez cutâneo-mucosa, diarréia, emagrecimento progressivo, edema dos membros inferiores, entre outros (BRASIL, 2006).

Todo caso suspeito deve ser submetido à investigação clínica, epidemiológica e aos métodos auxiliares de diagnóstico. Caso seja confirmado, inicia-se o tratamento segundo procedimentos terapêuticos padronizados e acompanha-se o paciente mensalmente. Os casos de LV com maior risco de evoluir para óbito devem ser internados e tratados em hospitais de referência, e os leves ou intermediários devem ser assistidos no nível ambulatorial, em unidades de saúde com os profissionais capacitados (BRASIL, 2009).

A Leishmaniose Visceral encontra-se entre as seis endemias consideradas prioritárias no mundo. Aproximadamente 300 mil novos casos da doença surgem a cada ano, mais de 90% deles em seis países: Índia, Bangladesh, Sudão, Sudão do Sul, Etiópia e Brasil (ORTIZ; ANVERSA, 2015). No Brasil, essa doença encontra-se urbanizada, com número crescente de casos, expansão territorial e elevada letalidade, apesar dos altos investimentos financeiros e humanos no seu controle (BARBOSA, 2014).

A LV está distribuída em 21 unidades da federação, atingindo as cinco regiões brasileiras. Nos últimos dez anos, a média anual de casos de LV foi de 3.379 casos e a incidência de 1,9 casos por 100.000 habitantes. Na década de 90, aproximadamente 90% dos casos notificados de LV ocorreram na região Nordeste. Na medida em que a doença expandiu para as outras regiões, essa situação vem se modificando e, recentemente, a região Nordeste representa 48% dos casos do país (BRASIL, 2009). No Piauí, os municípios onde há maior número de casos de LV são: Teresina (86,2%), Parnaíba (6,6%), Miguel Alves (5,0%) e Floriano (3,6%) (BATISTA et al., 2014).

O conhecimento insuficiente, ainda, sobre os vários elementos que compõem a cadeia de transmissão da Leishmaniose Visceral, tem dificultado a implantação das estratégias eficazes para o controle da doença e para redução da mortalidade das pessoas acometidas, seja por meio do diagnóstico e tratamento precoce dos casos, seja pela

diminuição da população de flebotomíneos e a eliminação dos reservatórios (OLIVEIRA et al., 2013).

As ações de educação em saúde e de mobilização social desempenham um papel essencial no âmbito da Vigilância e Controle da LV, na medida em que se constitui potencial transformador da construção de novos saberes e fazeres da sociedade em relação à prevenção e controle da doença (RANGEL et al., 2013).

Considerando a grande prevalência de casos notificados de Leishmaniose Visceral no Piauí, objetivou-se com o estudo descrever o aspecto epidemiológico dessa doença no Estado do Piauí no período de 2015 a 2018.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa, no qual foram utilizados os dados disponíveis sobre os casos de Leishmaniose Visceral registrados no Sistema Nacional de Notificações e Agravos (SINAN), do Ministério da Saúde (MS), no Estado do Piauí, no período de 2015 a 2018.

Tais informações, agregadas por regiões no Brasil, são de domínio público, conforme a Lei Orgânica da Saúde do SUS. Assim, o presente estudo por ter coletado dados por meio de dados secundários sem identificação individual, disponíveis para consulta pública, não se fez necessário submissão a Comitê de Ética em Pesquisa.

3 | RESULTADOS

O estudo realizado permite inferir informações relevantes para a população do estado do Piauí. No período estudado foram notificados 862 casos confirmados de LV. Durante este período foi observado que o ano de 2017 foi o ano com maior número de casos. Já o menor número de casos foi registrado no ano de 2016, conforme mostra a figura a seguir:

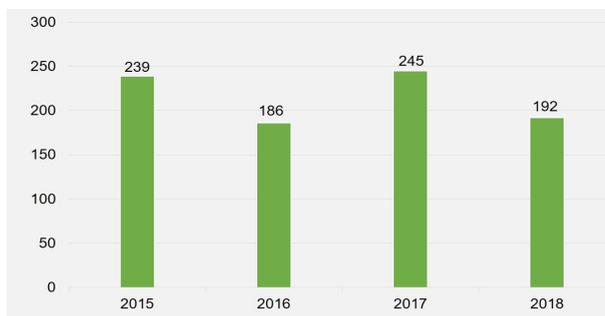


Figura 1. Número de casos confirmados e notificados no SINAN de LV no período de 2015 a 2018 no estado do Piauí, por ano.

Os maiores números desses casos notificados por microrregião foram registrados em Teresina e no Baixo Parnaíba Piauiense, sendo o menor número desses casos, registrados em Alto Parnaíba, Pio IX e em Valença, (figura 2).

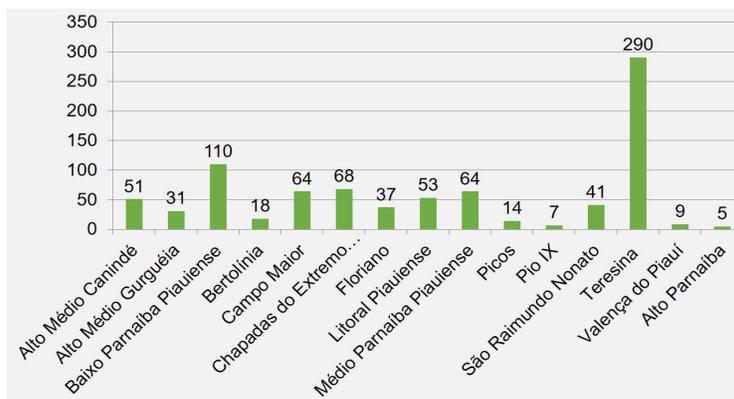


Figura 2. Número de casos confirmados e notificados no SINAN de LV no período de 2015 a 2018 no estado do Piauí, por microrregião.

A LV ocorre em qualquer idade, porém há maior prevalência nas faixas etárias de 20 a 39 anos, 1 a 4 anos e 40 a 59 anos, sendo as faixas etárias maiores de 60 anos, as menos acometidas (figura 3). Dentre as raças analisadas, a raça parda foi a mais acometida por LV, (figura 4) e entre os sexos observados, o masculino possuiu maior prevalência de casos registrados em relação ao sexo feminino (figura 5). Segundo o grau de escolaridade, houve maior ocorrência em indivíduos da 5ª a 8ª série incompleta e ensino fundamental completo (figura 6).

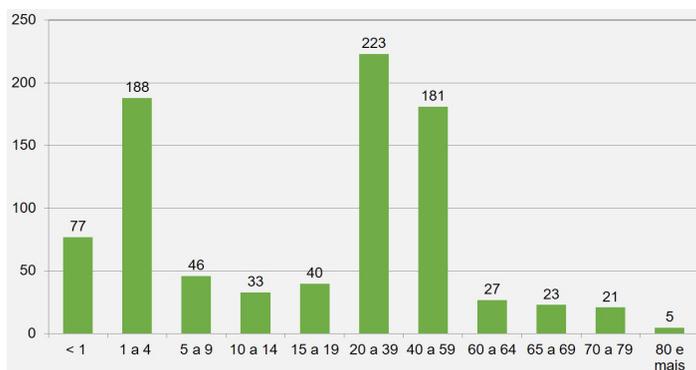


Figura 3. Número de casos confirmados e notificados no SINAN de LV no período de 2015 a 2018 no estado do Piauí, por faixa etária.

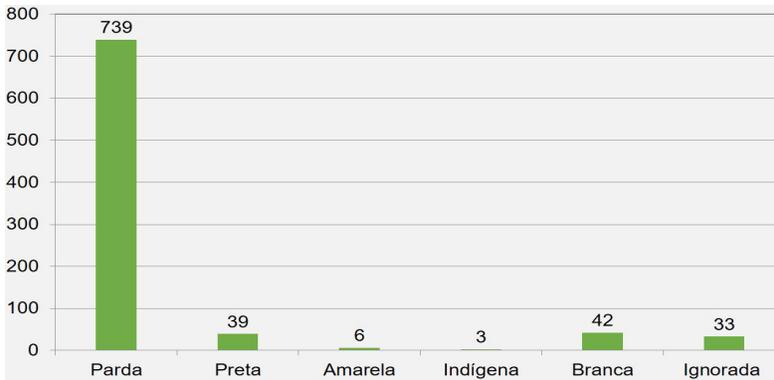


Figura 4. Número de casos confirmados e notificados no SINAN de LV no período de 2015 a 2018 no estado do Piauí, por raça.

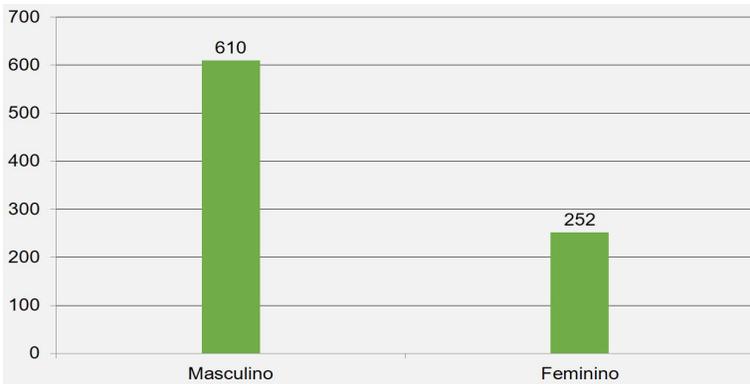


Figura 5. Número de casos confirmados e notificados no SINAN de LV no período de 2015 a 2018 no estado do Piauí, por sexo.

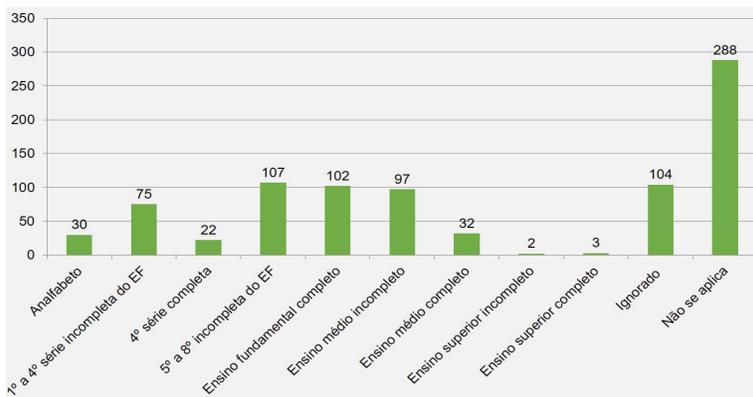


Figura 6. Número de casos confirmados e notificados no SINAN de LV no período de 2015 a 2018 no estado do Piauí, por escolaridade.

4 | DISCUSSÃO

De acordo com os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), foram registrados 862 casos de Leishmaniose Visceral no Piauí no período de 2015 a 2018. Durante este período foi observado que o número de LV no Piauí foi crescente. Em 2015, o número de casos foi de 239, em 2016, 186 casos, em 2017, 245 casos e em 2018, 192 casos. Conforme se observa, houve uma expansão do número de casos da leishmaniose visceral em alguns períodos anos estudados, o que pode demonstrar que o vetor vem se urbanizando e que as medidas para o seu controle estão sendo insuficientes.

Entre as microrregiões pesquisadas, notou-se grande prevalência de casos confirmados e notificados de LV na região de Teresina, apresentando 290 casos e em região do Baixo Parnaíba Piauiense com 110 casos. As microrregiões com menor número de casos foram em Alto Parnaíba com 5 casos, Pio IX com 7 casos e Valença com 9 casos notificados.

Segundo os dados analisados, a LV acomete indivíduos de qualquer faixa etária, entretanto o maior número de casos foi registrado entre pessoas de 20 a 39 anos com 223 casos confirmados, crianças de 1 a 4 anos com 188 casos e 40 a 59 anos com 181 casos. Segundo Batista et al. (2014), esse maior acometimento em crianças é agravado pela carência nutricional e pelo fato de que as crianças estão mais expostas ao flebótomo no ambiente peridomiciliar. Já a faixa etária com menos índice de acometimento dessa doença foram as maiores de 60 anos

Ao analisar os casos notificados por raça, foi possível perceber que a parda foi a mais acometida, com 739 casos, coincidindo com os estudos realizados por Batista et al. (2014). A segunda raça mais acometida foi a raça branca com 42 casos, seguida da preta com 39 casos. Já a raça indígena foi a menos acometida, com apenas 3 casos. Como não há estudos que determine o risco pela etnia, mas sim pelas condições sociais, pode-se atribuir estes achados ao fato da população de cor parda concentrar-se mais em populações carentes, mais expostas ao vetor e com acesso menor a informações das medidas de prevenção da LV (OLIVEIRA et al., 2013).

O sexo masculino responde pela maior percentagem de casos registrados no período de avaliação do presente estudo, com 610 casos havendo uma significativa diferença entre o feminino com 252 casos confirmados. Isso reforça outros estudos já realizados por diversos autores como Batista et al. (2014), Cavalcante e Vale (2014) e Gusmão, Brito e Leite (2014).

Segundo o grau de escolaridade houve prevalência entre os indivíduos de 5º a 8º série incompleta com 107 casos, sendo o segundo maior número de casos entre pessoas de ensino fundamental completo, com 102 casos. E o menor número de ocorrências se deu entre indivíduos com ensino superior incompleto com 2 casos, seguidos do ensino superior completo com 3 casos registrados. Isso não significa que o grau maior de escolaridade

influencie na ocorrência dessa doença, pois foi visto que os analfabetos foram menos acometidos (com apenas 30 casos) em relação à indivíduos do ensino fundamental completo e incompleto, embora, pessoas com ensino superior incompleto tenha sido menos acometida nesse período.

5 | CONCLUSÃO

Este estudo permitiu conhecer melhor os aspectos epidemiológico da Leishmaniose Visceral no Estado do Piauí, no período de 2015 a 2013 utilizando-se os dados compilados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN do Ministério da Saúde.

No período estudado, observou-se a alta prevalência de LV no Estado do Piauí, demonstrando a necessidade de profissionais capacitados e de fatores operacionais disponíveis para que as medidas de prevenção e controle da LV preconizadas pelo Ministério da Saúde sejam efetivadas nos municípios. Além disso, estudos para análise dos casos notificados são importantes para o planejamento das ações de controle.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, M.N. **Implantação e avaliação de estratégia de organização de serviços de saúde para prevenção e controle da Leishmaniose Visceral e município da região metropolitana de Belo Horizonte onde a doença é endêmica. 2014.** 192 f. Tese (Doutorado em Ciências). Centro de Pesquisa René Rachou, Belo Horizonte, 2014.

BATISTA, F. M. A. et al. **Leishmaniose: perfil epidemiológico dos casos notificados no Estado do Piauí entre 2017 e 2011.** Revista Univap. v. 20, n. 35, p. 44 a 55, jul. 2014.

BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Vigilância e Controle de Leishmaniose Visceral.** Brasília, DF, 2006.

BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica.** Brasília, DF, 2009.

BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde: volume único.** Brasília, DF, 2014.

CAVALCANTE, I.J. M; VALE, M. R. **Aspectos epidemiológicos da Leishmaniose Visceral (Calazar) no Ceará no período de 2007 a 2011.** Revista Brasileira de Epidemiologia. v. 17, n. 4, p. 911 a 924, out. – dez. 2014.

GUSMÃO, J. D; BRITO, P. A; LEITE, M. T. S. **perfil epidemiológico da Leishmaniose Visceral no Norte de Minas Gerais, Brasil, no período de 2007 a 2011.** Revista Baiana de Saúde Pública. v. 38,n. 3, p. 615 a 624, jul. – set. 2014.

OLIVEIRA, L. S; NETO, R.V.D; BRAGA, P. E.T. **Perfil epidemiológico dos casos de Leishmaniose Visceral em Sobral, Ceará no período de 2001 a 2010.** Sanare. v.12, n. 1, p. 13-19, jan. - jun. 2013.

ORTIZ, R. C; ANVERSA, L. **Epidemiologia da Leishmaniose Visceral em Bauru, São Paulo, no período de 2004 a 2012: um estudo descritivo.** *Epidemiologia e serviços de saúde.* v. 24, n. 1, p. 97 a 104, jan. – mar. 2015.

RANGEL, O. et al. **Classificação epidemiológica dos municípios segundo o Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral Americana no Estado de São Paulo, para 2013.** *BEPA, Bol. epidemiol. paul. (Online).* v. 10, n.11. p. 3-14, 2013.

CAPÍTULO 5

ASSISTÊNCIA À SAÚDE NOS CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL: REVISÃO NARRATIVA

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 12/07/2020

Monalisa Silva Fontenele Colares

Universidade de Fortaleza

Fortaleza - Ceará

ORCID: 0000-0001-6633-1273

July Grassiely de Oliveira Branco

Escola de Saúde Unyleya.

Brasília – Distrito Federal

ORCID: 0000-0001-6188-9745

Juliana Guimarães e Silva

Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, Universidade Federal da Paraíba.

Observatório Ibero-americano de Saúde e Cidadania.

Guimarães - Portugal

ORCID: 0000-0001-8693-5971

Aline Veras Morais Brilhante

Universidade de Fortaleza, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Graduação de Medicina.

Fortaleza - Ceará

ORCID: 0000-0002-3925-4898

Francisca Bertilia Chaves Costa

Centro Universitário Fametro.

Maracanaú - Ceará

ORCID: 0000-0002-2672-3309

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

Universidade de Fortaleza, Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Graduação em Enfermagem.

Fortaleza – Ceará

ORCID: 0000-0002-5220-027X

Antonio Dean Barbosa Marques

Centro Universitário Fametro.

Maracanaú - Ceará

ORCID: 0000-0001-8969-1546

José Manuel Peixoto Caldas

Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto. Universidade Federal da Paraíba, Observatório Ibero-americano de Saúde e Cidadania.

Porto - Portugal

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0796-1595>

RESUMO: Considerada um problema de saúde pública, a violência sexual (VS), acarreta desfechos negativos na saúde física e mental. Subnotificações que perduram nessas ocorrências são legitimadas por múltiplas questões e atrapalham a identificação de números provavelmente maiores. Referente à assistência de saúde, os hospitais dispõem de assistência integral e obrigatória, exigindo aos profissionais de saúde uma prática de cuidado centrada em ações integrais e humanizadas. Sendo assim, objetivou-se descrever a assistência à saúde das pessoas nos casos de violência sexual. Revisão narrativa, a qual busca sintetizar, como acontece a assistência profissional em casos de VS. A busca ocorreu em dezembro de 2019 e a seleção das bases deu-se em virtude da diversidade de periódicos indexados contidos nas mesmas, oito publicações compõem o texto desta revisão. Evidencia-se que a capacitação e treinamento dos trabalhadores acerca da violência sexual, torna-se um diferencial na assistência prestada. Já as fragilidades estão associadas a lacunas

no processo de trabalho e a ausência de capacitação contínua dos trabalhadores, além da necessidade de conscientização sobre a oferta desta atenção aos grupos vulneráveis. Identificam-se avanços na visibilidade da violência sexual, fortalecendo a necessidade da efetivação das políticas públicas e gestão de serviços capazes de assegurar os direitos dessas pessoas.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência à Saúde, Delitos Sexuais, Pessoal de Saúde. Saúde Pública.

HEALTH CARE IN CASES OF SEXUAL VIOLENCE: NARRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Considered a public health problem, sexual violence (SV) causes negative outcomes in physical and mental health. Underreporting that persists in these occurrences are legitimized by multiple questions and hinder the identification of probably larger numbers. Regarding health care, hospitals have comprehensive and mandatory care, requiring health professionals to practice care centered on integral and humanized actions. Thus, this study aimed to describe the health care of people in cases of sexual violence. Narrative review, which seeks to synthesize, as is the case of professional care in cases of SV. The search occurred in December 2019 and the selection of the databases occurred due to the diversity of indexed journals contained in them, eight publications make up the text of this review. It is evident that the training and training of workers about sexual violence becomes a differential in the care provided. Weaknesses, on the other hand, are associated with gaps in the work process and the lack of continuous training of workers, in addition to the need to raise awareness about the provision of this care to vulnerable groups. Advances in the visibility of sexual violence are identified, strengthening the need for the implementation of public policies and the management of services capable of ensuring the rights of these people.

KEYWORDS: Delivery of health care, Sex Offenses, Health Personnel.

1 | INTRODUÇÃO

A violência sexual (VS) é considerada um problema de saúde pública, caracterizada como grave violação dos direitos humanos, a qual acarreta desfechos negativos que afetam a saúde física, mental e reprodutiva (WHO, 2019).

Mundialmente estima-se que 35% das mulheres experienciaram a violência física e/ou sexual em algum momento da vida (UN WOMEN, 2019). Segundo a Anistia Internacional (2019) na Suíça, uma em cada cinco mulheres vivenciou algum tipo de VS. No Brasil, 66.041 casos de estupro foram registrados em 2018 (FÓRUM BRASILEIRO DA SEGURANÇA PÚBLICA, 2019).

Vale ressaltar que esse cenário numérico é uma aproximação da realidade. É impreciso o cálculo da subnotificação que perdura nessas ocorrências de modo estrutural e subsumida por dimensões plurais, quer seja em relação ao estigma, o medo, a vergonha, fragilidades nos processos de trabalhos e negligência legitimada por questões múltiplas (PINHEIRO, 2016). Dessa forma, denota-se que esses altos índices não correspondem à

realidade que deve se mostrar mais estarrecedora, cruel e de complexa solução.

Esta complexidade se amplifica na medida em que se volta o olhar aos serviços que carregam histórico de segregação, estar ou ser colocado à margem das conquistas políticas e legais. No que tange a assistência de saúde em nosocômios brasileiros, essa baliza-se na Lei nº. 12.845 de 2013 que dispõe sobre a assistência integral e obrigatória a pessoas em situação de VS nos hospitais do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013). As orientações à assistência aos sobreviventes da VS estão dispostas na norma técnica que dispõe sobre a Prevenção e Tratamento de Agravos Resultantes da Violência Sexual contra a Mulheres e Adolescentes (BRASIL, 2012), a qual recomenda que o atendimento seja realizado nas primeiras 72 horas após a violência em virtude da eficácia das medidas profiláticas (BRASIL, 2015).

Para além, é preciso ressaltar que parcela significativa dessas pessoas buscam inicialmente assistência à saúde em instituições hospitalares (NIELSON; STRONG; STEWART, 2015), cabendo aos profissionais de saúde uma prática de cuidado centrada em ações integrais e humanizadas no atendimento a pessoas em situação de violência (BRASIL, 2015).

Frente ao exposto que se mostra complexo, fragmentado e cerceado por dimensões plurais que fragilizam uma oferta qualificada da atenção à saúde, indaga-se: como se dá a assistência a pessoas em situação de violência sexual por profissionais da área da saúde? No intuito de esclarecer o questionamento, objetivou-se descrever a assistência à saúde das pessoas nos casos de ocorrências da violência sexual.

2 | METODOLOGIA

Este trabalho se constitui no escopo da revisão narrativa, a qual busca sintetizar o estado da arte acerca de determinado assunto (MENDES-DA-SILVA, 2019). No intuito de atingir o objetivo proposto neste estudo, foram seguidas as etapas: (i) elaboração da pergunta de norteadora; (ii) pesquisa da literatura; (iii) seleção da literatura; (iv) extração das informações; (v) análise da qualidade da metodologia proposta; (vi) resumo dos dados; (vii) qualidade das evidências; e (viii) escrita e publicação dos resultados (GALVÃO; PEREIRA, 2014).

A busca das informações ocorreu em dezembro de 2019, utilizando os seguintes descritores controlados na língua portuguesa e inglesa associados com o operador booleano *AND*: “Assistência à Saúde”, “Delitos Sexuais”, “Pessoal de Saúde” e “Delivery of health care”, “Sex Offenses” e “Health Personnel”. Os descritores foram entrecruzados, respeitando-se a peculiaridade das bases de dados, com pesquisa de artigos nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola integrados ao estudo.

O acesso às bases de dados/bibliotecas deu-se por meio de consulta a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), serviço da *U.S National Library of Medicine do National Institute*

of Health (PubMed). A seleção das bases deu-se em virtude da diversidade de periódicos indexados contidos nas mesmas.

Para a seleção dos artigos, adotou-se os seguintes critérios de inclusão: artigos completos, disponíveis na íntegra, dos anos de 2013 a 2019, escritos e/ou publicados nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola e cujo conteúdo estivesse alinhado com a temática deste estudo. Não foram incluídos nesta pesquisa, dissertações, teses, carta ao leitor, revisões e artigos de opinião, artigos com desenho de estudo mal definidos ou que não disponibilizassem acesso gratuito. A escolha do recorte temporal deu-se em virtude da lei n. 12.845/2013 que prevê o atendimento obrigatório e integral às pessoas em situação de violência sexual na rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013).

A seleção dos artigos foi norteadada pelo *checklist* do PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* (MOHER *et al.*, 2014). Durante o processo de pesquisa, seleção e catalogação inicial dos estudos foi executado por dois pesquisadores de forma independente e em separado.

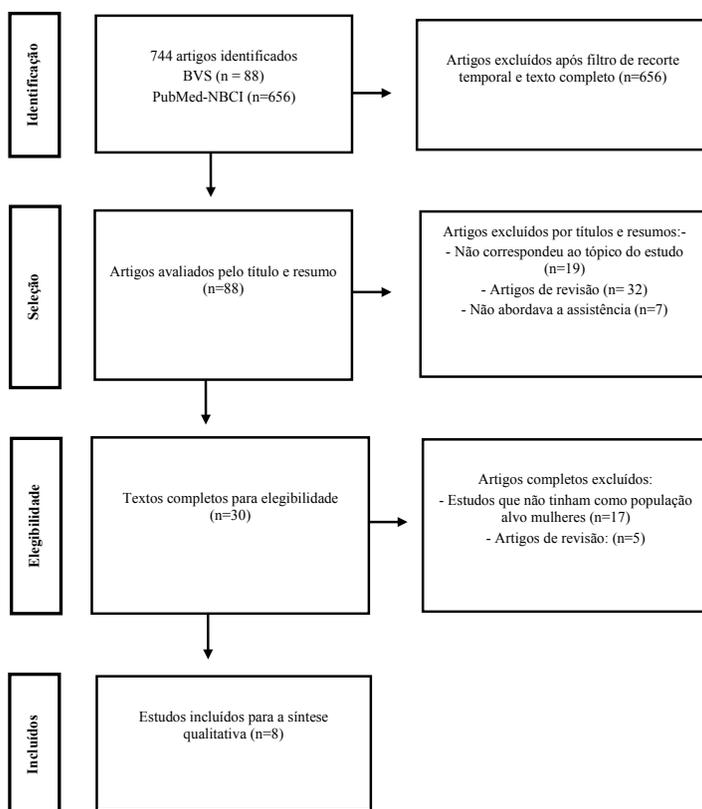


Figura 1 - Descrição da seleção, avaliação e inclusão dos estudos na revisão integrativa sobre assistência à saúde de mulheres em situação de violência sexual.

Nesse processo foram aplicados três filtros para seleção e avaliação. O filtro inicial selecionou os artigos por sua relevância; o filtro posterior foi aplicado para a seleção de acordo com os critérios de qualidade e o último selecionou os dados relevantes.

A exposição dos resultados deu-se de forma descritiva, separando-os em categorias de discussão e por quadros de consolidados, de tal forma que fosse possível sintetizar os conhecimentos produzidos. A análise baseou-se na literatura acerca da violência sexual em âmbito nacional e internacional.

3 | RESULTADOS

Após leitura criteriosa dos artigos norteada pelos critérios de inclusão e exclusão conforme orientações pautadas em instrumento validado (URSI, 2005), e atendendo ao rigor metodológico (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2014), oito publicações compuseram o corpus desta revisão.

Nº	Título	Autores/periódico/ano	Biblioteca/Base/tipo de estudo	Resultados
01	Evaluation of sexual and gender-based violence program in Harare City, Zimbabwe, 2016: a descriptive cross-sectional study	SITHOLE <i>et al.</i> The Pan African Medical Journal, 2018.	BVS/quantitativo	Existia uma das oito salas programadas para o aconselhamento. Registrou-se 4285 pessoas atendidas (2013-2016). Dos atendimentos realizados cerca de 16% foram acompanhados, 97% aconselhados, 93% receberam teste de HIV, 41% buscaram por atendimento dentro das 72 horas após o estupro e 12% receberam Profilaxia pós-exposição HIV.
02	Protocolos na atenção à saúde de mulheres em situação de violência sexual sob a ótica de profissionais de saúde	VIEIRA <i>et al.</i> Ciênc Saúde Coletiva, 2016.	BVS/qualitativo	Observou-se que a assistência prestada no Rio de Janeiro ocorre a partir de protocolos e fluxos estabelecidos, sendo reconhecidos pela maior parte dos profissionais de saúde. Em Fortaleza há pouco reconhecimento. Frágil qualificação dos profissionais foram ditas em ambos municípios.

03	The role of the healthcare sector in the prevention of sexual violence against sub-Saharan transmigrants in Morocco: a study of knowledge, attitudes and practices of healthcare workers	AMEELE <i>et al.</i> BMC Health Services Research, 2013.	BVS/qualitativo	Reconhece ser necessário a prevenção; barreiras para realizar os encaminhamentos foram identificadas. Necessidade e Inclusão da população transmigrante nos serviços de assistência a violência sexual já existentes.
04	Establishing Sexual Assault Care Centers in Belgium: health professionals' role in the patient-centered care for victims of sexual violence	VANDENBERGHE <i>et al.</i> BMC Health Services Research, 2018	PubMed/quantitativo	Falta de conhecimento e experiência prática dos em relação ao atendimento às pessoas em situação de violência sexual. Boa parte dos profissionais de saúde fizeram uma boa avaliação dos serviços de atendimento para sobreviventes.
05	Practitioner Views on the Impacts, Challenges, and Barriers in Supporting Older Survivors of Sexual Violence	BOWS Violence Against Women, 2018.	PubMed/qualitativo	A assistência prestada identifica efeitos físicos e emocionais. Contudo, o envelhecimento e estigma em virtude da violência sexual nessa faixa etária são fatores que ampliam a atenção dos profissionais em virtude dos desafios da assistência. A demência, quando presente, surge como fator que dificulta a assistência.
06	Physician's perceived roles, as well as barriers, towards caring for women sex assault survivors	AMIN; BURANOSKY; CHANG. Womens Health, 2017.	PubMed/qualitativo	Identificaram-se como atribuições atividades clínicas: administração de medicações, testagem para infecções sexualmente transmissíveis, cuidados com os desfechos negativos oriundos da violência, orientações e direcionamentos sobre os direitos e rede de atenção
07	Knowledge and confidence of South African health care providers regarding post-rape care: a cross-sectional study	JINA; JEWKES; CHRISTOFIDES; LOOTS. BMC Health Services Research, 2013	PubMed/quantitativo	60% dos profissionais foram capacitados no cuidado pós-estupro. Houve associação entre cuidado apropriado na situação de estupro e conhecer o tema. Ter maior tempo de atuação nos serviços não esteve associado a maior conhecimento.

08	"I feel it is not enough..." Health providers' perspectives on services for victims of intimate partner violence in Malaysia	COLOMBINI <i>et al.</i> BMC Health Services Research, 2013.	PubMed/qualitativo	A assistência nos casos de violência esteve direcionada ao tratamento das lesões. Treinamento insuficiente acerca da assistência integral foi apontado como fragilidade. Escassez de tempo foi apontado como fator que fragiliza a detecção da violência, apesar dos achados identificarem que o tempo e o interesse individual do profissional podem ou não limitar o cuidado prestado.
----	---	--	--------------------	--

Quadro 1 - Produção científica acerca da assistência a mulher em situação de violência sexual a partir das variáveis título, autores, periódicos, ano, biblioteca/base, tipo de estudo e resultados, Fortaleza, Ceará, 2019. (n=8)

Os resultados evidenciam o predomínio de publicações na língua inglesa (SITHOLE *et al.*, 2018; VANDENBERGHE *et al.*, 2018; BOWS, 2018; AMIN; BURANOSKY; CHANG, 2017; AMEELE *et al.*, 2013; JINA; JEWKES; CHRISTOFIDES; LOOTS, 2013; COLOMBINI *et al.*, 2013). Quanto ao tipo de pesquisa, a maioria dos estudos utilizaram metodologia qualitativa (VIEIRA *et al.*, 2016; AMEELE *et al.*, 2013; BOWS, 2018; AMIN; BURANOSKY; CHANG, 2017; COLOMBINI *et al.*, 2013).

Quanto ao ano, observa-se a concentração de artigos em 2013 (COLOMBINI *et al.*, 2013; AMEELE *et al.*, 2013; JINA; JEWKES; CHRISTOFIDES; LOOTS, 2013), com ausência de publicações na temática em 2014 e 2015, uma publicação no ano de 2016 (VIEIRA *et al.*, 2016) e uma em 2017 (AMIN; BURANOSKY; CHANG, 2017). No ano de 2018, houve um novo aumento nas publicações (SITHOLE *et al.*, 2018; VANDENBERGHE *et al.*, 2018; BOWS, 2018).

Percebe-se a presença de pesquisas desenvolvidas no continente Africano (SITHOLE *et al.*, 2018; AMEELE *et al.*, 2013; JINA; JEWKES; CHRISTOFIDES; LOOTS, 2013), Europeu (VANDENBERGHE *et al.*, 2018; BOWS, 2018), Asiático (COLOMBINI *et al.*, 2013), e Americano, sendo um na América do Norte (AMIN; BURANOSKY; CHANG, 2017) e um na América do Sul (VIEIRA *et al.*, 2016).

No que tange aos periódicos, a maior parte dos artigos foram publicados em revistas de saúde (SITHOLE *et al.*, 2018; VANDENBERGHE *et al.*, 2018; VIEIRA *et al.*, 2016; COLOMBINI *et al.*, 2013; JINA; JEWKES; CHRISTOFIDES; LOOTS, 2013; AMEELE *et al.*, 2013). As revistas específicas da área de violência contra a mulher, saúde da mulher e ginecologia e obstetrícia tiveram um artigo cada respectivamente (BOWS, 2018; AMIN; BURANOSKY; CHANG, 2017).

Do direcionamento dos estudos, três dos oito estudos avaliaram serviços de saúde

que prestam assistência à pessoa em situação de violência sexual (SITHOLE *et al.*, 2018; VANDENBERGHE *et al.*, 2018; AMEELE *et al.*, 2013), três atitudes e concepções dos trabalhadores (BOWS, 2018; AMIN; BURANOSKY; CHANG, 2017; COLOMBINI *et al.*, 2013) e dois investigaram o processo de trabalho com foco no uso de protocolo em capacitação dos trabalhadores (VIEIRA *et al.*, 2016; JINA; JEWKES; CHRISTOFIDES; LOOTS, 2013).

Quanto à avaliação da assistência à saúde dispensadas às sobreviventes da violência sexual, evidenciou-se que a disponibilidade de recursos materiais não está diretamente associada ao desempenho do programa. Apesar do repasse de insumos satisfatório, acompanhamento das usuárias, descentralização do site, campanhas de conscientização e atividades de sensibilização, capacitação dos trabalhadores, não tiveram cem por cento de suas metas alcançadas (SITHOLE *et al.*, 2018)

É importante ressaltar entre os achados, o aumento de pessoas que acessaram o serviço e obtiveram o atendimento em saúde com realização de exames, administração de medicação profilática e aconselhamento. Destaca-se que a capacitação e treinamento dos trabalhadores acerca da violência sexual, torna-se um diferencial no desenvolvimento e implementação dos programas que assistem pessoas em situação de VS (SITHOLE *et al.*, 2018; JINA; JEWKES; CHRISTOFIDES; LOOTS, 2013).

Quanto ao uso de protocolos que direcionam o cuidado integral, esse é referenciado pelas instituições que o utilizam como o eixo norteador solicitação de exames, profilaxia das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e na contracepção de emergência, salientando-se o desconhecimento de alguns profissionais de saúde (VIEIRA *et al.*, 2016) a existências destes instrumentos.

A maior parte dos estudos refere que uma das fragilidade da assistência está associada a ausência de qualificação contínua dos trabalhadores (VIEIRA *et al.*, 2016; JINA; JEWKES; CHRISTOFIDES; LOOTS, 2013; VANDENBERGHE *et al.*, 2018; AMIN; BURANOSKY; CHANG, 2017; COLOMBINI *et al.*, 2013).

Além disso, há referência também de desafios encontrados na prática assistencial que estão diretamente ligado aos trabalhadores, como por exemplo, receio por parte do profissional em abordar as usuárias questões sobre a violência sexual e obter resposta positiva, despreparo emocional e concepções prévias acerca dos sobreviventes (AMIN; BURANOSKY; CHANG, 2017).

Assim, afirma-se que boas práticas na assistência às sobreviventes da VS estão associadas a capacitações de boa qualidade e com periodicidade. No entanto, faz-se necessário que esse conhecimento seja convertido em ações, e que esses treinamentos sejam ofertados sistematicamente suprimindo as fragilidades apresentadas pelos trabalhadores (JINA; JEWKES; CHRISTOFIDES; LOOTS, 2013). Quanto ao nível de confiança na assistência prestada, estudo mostra que era muito maior quando comparado com o conhecimento dos trabalhadores (JINA; JEWKES; CHRISTOFIDES; LOOTS, 2013).

Apesar de a atenção à pessoa em situação de violência sexual ser considerada de boa

qualidade, lacunas importantes são apontadas no processo de trabalho, como por exemplo a necessidade de conscientização sobre a oferta desta atenção aos grupos vulneráveis (VANDENBERGHE *et al.*, 2018; BOWS, 2018; AMEELE *et al.*, 2013), efetiva supervisão e auditoria dos profissionais, amplo apoio psicossocial e monitoramento ininterrupto dos sobreviventes (VANDENBERGHE *et al.*, 2018), desenvolvimento de estratégias para uma efetiva comunicação (AMIN; BURANOSKY; CHANG, 2017; COLOMBINI *et al.*, 2013), são apontados como pontos nevrálgicos da atenção.

O atendimento em saúde às pessoas que procuram os serviços foi considerado fragmentado (VANDENBERGHE *et al.*, 2018; COLOMBINI *et al.*, 2013), com acompanhamentos curtos e com limitação das responsabilidades (AMEELE *et al.*, 2013). Quanto a coleta de vestígios por parte dos profissionais de saúde, a referência a não coleta é justificada por falta de tempo, dificuldade, ou como sendo responsabilidade de outro profissional (AMEELE *et al.*, 2013). A interrupção da gestação é realizada por um baixo quantitativo de profissionais em virtude das alegações de objeção de consciência (AMEELE *et al.*, 2013).

No atendimento de pessoas idosas em situação de violência sexual, foram citados desfechos negativos na saúde física e mental. Quanto a alterações físicas são descritos hematomas, cortes, lesões genitais e fraturas que influenciavam, sobremaneira, no estado de saúde geral das usuárias (BOWS, 2018).

Quanto a saúde mental do grupo de idosos, estresse pós-traumático, depressão, ansiedade, estresse e distúrbio do sono, agorafobia e uso de álcool são referidos no estudo. Os desafios na atenção a população se revelaram entre os profissionais, especialmente pelo fato de atuarem com idosos com demências, deficiências visuais e auditivas, desafios emocionais em virtude das crenças e das normas culturais. Essas características inibem a divulgação ou discussão da VS e reforçam a dificuldade dos idosos no compartilhamento das informações sobre a violência sofrida (BOWS, 2018).

4 | DISCUSSÃO

A adoção preferencial pela pesquisa qualitativa como ferramenta metodológica, se dá em função da complexidade do objeto de estudo (MINAYO, 2015), pois a violência é complexa em si mesma e se apresenta como evento multifacetado, histórico, social e culturalmente inscrita em todas as camadas sociais (SOARES, 2015). Nessa conjugação polissêmica e multicausal, têm-se a compreensão do caso como um fenômeno intricado e sistêmico no entendimento da complexidade (MORIN, 2004).

A violência sexual emerge das distinções entre os gêneros decorrente de razões culturais (SOLNIT, 2017), reificadas na objetificação do corpo feminino (VALENTI, 2018). Enfatiza-se que a implicação da herança machista e patriarcal culturalmente enraizadas na sociedade, mantém-se a tendência de banalizar a violência contra a mulher

(MASCARENHAS *et al.*, 2016).

Dados epidemiológicos da violência sexual mostram que a África possui uma das maiores taxas no mundo; a República Democrática do Congo, a cada hora, 48 mulheres vivenciam o estupro (AKINYEMI, 2019), o que sugere números suficientemente graves para sustentar a escolha do cenário de pesquisas escolhido.

Frente a amplitude desse fenômeno, os desafios que se colocam para o enfrentamento dessa modalidade de violência estão na integração dos serviços que prestam assistência e acompanhamento à mulher de forma que se minimizem, ao máximo, a revitimização por meio da oferta de um atendimento integral e humanizado (BRASIL, 2015).

A humanização do atendimento parte da premissa que os profissionais sejam capazes de perceber que a pessoa em situação de violência é capaz de superar esse trauma. Além disso, deve criar meios e facilitar a comunicação entre os diversos dispositivos que compõem a rede de enfrentamento a fim de evitar a (re)vitimização ocorrida por intermédio da repetição da situação de violência vivida. Nesse sentido, é crucial informar os procedimentos que serão realizados, os possíveis encaminhamentos e que esses sejam efetuados sob a lógica de um cuidado ético-legal, norteado pelos fluxos e protocolos e, acima de tudo, com responsabilização por essa mulher. É ainda imprescindível deixar claro que esta pode retornar à unidade sempre que necessário (BRASIL, 2017).

As normatizações brasileiras recomendam o atendimento em saúde com realização de exames, administração de medidas profiláticas para as IST e contracepção de emergência nas primeiras 72 horas pós o estupro (BRASIL, 2012).

Órgãos internacionais reconhecem que a assistência a pessoa em situação de violência sexual deve ser humanizada, realizada com qualidade, respeito, e no atendimento às necessidades apresentadas (CHILE, 2016), contemplando as dimensões da saúde emocional, psicológica, física, segurança e apoio articulado em rede (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2016).

Sobre a distribuição do fármaco para a contracepção, Hostetter *et al.* (2015) mencionam que este ocorre nos casos de emergência, administrado em sobreviventes do estupro dentro de um prazo de 24 horas, a fim de assegurar a prevenção de gestações oriundas da violência. Nessa lógica de uma atenção integral, é de suma importância que os trabalhadores que assistem os sobreviventes de VS, prestem um cuidado livre de julgamentos e não as culpabilizem pela situação vivenciada (CHILE, 2016).

No entanto, a literatura demonstra acolhimentos que ainda deixam a desejar (SOARES; LOPES, 2018), com estruturas físicas inadequadas para o atendimento (BARROS *et al.*, 2015), e centralizados nos aspectos relacionados à saúde física, com foco na medicalização, prevenção das IST e gravidez, o que evidencia as raízes de uma atenção em que predomina a dimensão biológica e hegemônica, centrado na doença e mantendo a dificuldade de transpor essa prática, para um cuidado centrado na pessoa (BARROS *et al.*, 2015).

Entretanto, no que se refere a avaliação dos serviços, percebe-se que a avaliação realizada pelas usuárias está diretamente ligada a postura do profissional que as atende. Na análise dos dados acerca do atendimento recebido por usuárias indígenas e não indígenas assistidas em centros de atendimento a violência no Canadá, maior parte delas classificou o serviço como excelente a bom. A maioria das mulheres referiu que os profissionais as atenderam e trataram com respeito, forneceram suporte e cuidado, não as julgando e acreditando em seus relatos (DU MONT *et al.*, 2017).

Fehler-Cabral, Campbell e Patterson (2011), em estudo realizado acerca da experiência vivida por mulheres estupradas que foram atendidas em um centro de atendimento para agressões sexuais, por enfermeiras forenses nos Estados Unidos, avaliaram no atendimento aspectos bons e ruins. Dentre as experiências positivas ressaltaram a qualidade da informação recebida quanto aos exames e seus resultados, bem como a possibilidade de escolha pela mulher da realização dos exames e o cuidado humanizado recebido. As que referiram experiências ruins citaram os mesmos itens relatados anteriormente, mas de forma negativa, relacionando-os, geralmente, a postura do profissional no decorrer do atendimento.

O que chama a atenção nos estudos referidos, é a preparação/qualificação do trabalhador de saúde para lidar com pessoas em situação de violência sexual. Vale abalizar, que apesar de os estudos que compuseram esta revisão terem focos de análises distintos, registrou-se unanimidade na assertiva de que a capacitação do profissional é o diferencial, ou a maior fragilidade, para qualificar o atendimento. Paradoxo ao achado unânime da insipiência na qualificação do profissional, as abordagens acerca da violência sexual nas graduações dos cursos de saúde permanecem pontuais, sucintas, acríicas e, não raro, reproduzindo as assimetrias de gênero (AGUIAR *et al.*, 2020).

No âmbito assistencial, estudo que investigou a assistência em saúde nos casos de violência sexual e o conhecimento da cadeia de custódia com 134 trabalhadores da saúde em um município da Região Centro-Oeste, evidenciou que 85,82% não foram capacitados; destes, 78,95% desempenham cuidados no atendimento aos sobreviventes. Outro destaque do estudo é que mais de 97% dos profissionais consideram importante a capacitação, apesar de não terem a recebido (ARRAIS, 2020).

Apesar de os resultados desta revisão afirmarem que o diferencial dos serviços está na educação permanente ofertada aos trabalhadores que assistem pessoas em situação de violência sexual, a literatura, entretanto, faz menção às fragilidades no processo de qualificação dos profissionais tanto na formação (MOREIRA *et al.*, 2018; PERUCCI *et al.*, 2019), quanto na prática laboral (OLIVEIRA *et al.*, 2016), evidenciando a desarticulação entre os pontos que compõem a rede de enfrentamento (CAVALCANTI *et al.*, 2015) e a falta de consolidação das políticas públicas na assistência a mulher em situação de violência sexual no decorrer da práxis (BEZERRA *et al.*, 2018).

Frente as fragilidades mencionadas, têm-se também o desafio imposto ao

trabalhador de abarcar toda a demanda oriunda da assistência na violência sexual que, por vezes, é um trabalho complexo, sem que o trabalhador ter recebido o treinamento necessário (TRENTIN, 2019). Sendo assim, mostra-se urgente a capacitação contínua desses trabalhadores, ressaltando-se que os treinamentos devem trazer à baila tópicos sobre sensibilização e desenvolvimento de habilidades, e os conhecimentos adquiridos alicercem uma assistência humanizada e de qualidade (AMARIJO *et al.*, 2020).

Em uma análise geral do ponto de vista da assistência propriamente dita, os avanços recaem sobre o acesso universal das pessoas em situação de violência sexual aos serviços de saúde, ao tratamento das lesões físicas e prevenção das IST e gravidez.

Percebe-se o foco assistencial ainda é predominantemente voltado para os aspectos físicos em detrimento das questões mentais e emocionais impostas pela vivência da violência sexual. Esses elementos, somados a pouca ou ausente qualificação dos trabalhadores, além dos conceitos ideológicos acerca do fenômeno entre outros, acabam por se somar e amplia a vulnerabilidade da pessoa à revitimização e/ou a novas vitimizações.

Na mesma esfera, o acesso ao abortamento legal enquanto direito da mulher permanece como um entrave sob a alegação da objeção de consciência e que apesar de ser uma prerrogativa do profissional, deve ter estruturada uma rede de assistência que possa acolher as mulheres que a procuram. Esse fato deve ser amplamente discutido uma vez que as instituições, entre elas as de saúde, devem assegurar os direitos.

Apona-se como fator limitante desta revisão, possíveis vieses em decorrência dos descritores utilizados, uma vez que apesar da amplitude de busca dos artigos ela pode não atingir todos os periódicos. Outro ponto, trata-se da escassez de artigos originais acerca da assistência a saúde em sobreviventes da violência sexual.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados permitiram identificar avanços na visibilidade da violência sexual como tema de pesquisa em países com elevada prevalência de casos. No entanto, mostra-se recorrente a atenção centrada nos aspectos biológicos e ações insipientes as demais esferas do continuum saúde integral. Imperioso salientar as interveniências à consecução do abortamento legal as quais demandam debates esclarecedores e firmados nos dispositivos ético-legais.

No rumo à consolidação de políticas públicas capazes de assegurar os direitos dessas pessoas, ressalta-se o imperativo de que a gestão dos serviços se alinhe a garantia de direitos na oferta de uma atenção qualificada e comprometida, contribuindo no enfrentamento desse fenômeno global.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, F. A. R. *et al.* Vocational training and sexual assault against women: challenges for graduation in nursing. **Esc Anna Nery**, v.24, n.1, e20190135, 2020.

AKINYEMI, A. O país onde 48 mulheres são estupradas a cada hora. **BBC News Brasil**. 2019. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-48225486>. Acesso em: 20 jan. 2020.

AMARIJO, C. L.; COSTA GONÇALVES, N. G.; FIGUEIRA, A. B.; MINASI, A. S. A. Violência doméstica contra a mulher na perspectiva dos quatro pilares da educação. **J Nurs Health**, v.10, n.1, e20101002, 2020.

AMEELE, V. D. S.; KEYGNAERT, I.; RACHIDI, A.; ROELENS, K.; TEMMERMAN, M. The role of the healthcare sector in the prevention of sexual violence against sub-Saharan transmigrants in Morocco: a study of knowledge, attitudes and practices of healthcare workers. **BMC Health Services Research**, v.13, n.1, p.77, 2013.

AMIN, P.; BURANOSKY, R.; CHANG, J. C. Physicians' Perceived Roles, as Well as Barriers, Toward Caring for Women Sex Assault Survivors. **Women's Health Issues**, v.27, n.1, p.43-49, 2017.

AMNESTY INTERNATIONAL. **Switzerland**: One in five women is a victim of sexual violence. 2019. Disponível em: <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2019/05/switzerland-one-in-five-women-is-a-victim-of-sexual-violence/>. Acesso em: 20 jan. 2020.

ARRAIS, A. *et al.* Desafios para implantação da cadeia de custódia para as vítimas de estupro no Distrito Federal. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 1, e20190101, 2020.

BARROS, L.; ALBUQUERQUE, M.; GOMES, N.; RISCADO, J.; ARAÚJO, B.; MAGALHÃES, J. Vivência de (des)acolhimento por mulheres vítimas de estupro que buscam os serviços de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 2, p. 193-200, 2015.

BEZERRA, J.F. *et al.* Assistência à mulher frente à violência sexual e políticas públicas de saúde: revisão integrativa. **Rev Bras Promoção da Saúde**, v. 31, n. 1, p. 1-12, 2018.

BOWS, H. Practitioner Views on the Impacts, Challenges, and Barriers in Supporting Older Survivors of Sexual Violence. **Violence Against Women**, v.24, n.9, p.1070-1090, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de **Ações Programáticas Estratégicas** **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n. 12.845, de 1º de agosto de 2013**. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Disponível em: planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12845.htm. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Atenção Humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CAVALCANTI, L.F. *et al.* Implementação da atenção em saúde às violências sexuais contra as mulheres em duas capitais brasileiras. **Saúde Debate**, v. 39, n. 107, p. 1079-1091, 2015.

CHILE. Ministerio de la Salud. **Norma general técnica para la atención de víctimas de violencia sexual**. Chile: Ministerio de la Salud, 2016.

COLOMBINI, M. *et al.* "I feel it is not enough..." Health providers' perspectives on services for victims of intimate partner violence in Malaysia. **BMC Health Serv Res.**, v.65, p.13, 2013.

DU MONT, J. *et al.* "A Comparison of Indigenous and Non-Indigenous Survivors of Sexual Assault and Their Receipt of and Satisfaction with Specialized Health Care Services." Ed. Stephanie Brown. **PLoS ONE**, v. 12, n. 11, e0188253, 2017.

FEHLER-CABRAL, G.; CAMPBELL, R.; PATTERSON, D. Adult sexual assault survivors' experiences with sexual assault nurse examiners (SANEs). **Journal of Interpersonal Violence**, v. 26, n. 18, p. 3618-3639, 2011.

FÓRUM BRASILEIRO DA SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro da Segurança Pública**, ano 13, 2019.

GALVÃO, T. F.; PEREIRA, M. G. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 23, n. 1, p. 183-184, 2014.

HOBSTETTER, M. *et al.* "In rape cases we can use this pill": A multimethods assessment of emergency contraception knowledge, access, and needs on the Thailand–Burma border. **Int J Gynecol Obstet.**, v. 130, p. E37-E41, 2015.

JINA, R.; JEWKES, R.; CHRISTOFIDES, N.; LOOTS, L. Knowledge and confidence of South African health care providers regarding post-rape care: a cross-sectional study. **BMC Health Services Research**, v.13, p.257, 2013.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. (Org.). **Nursing research: methods and critical appraisal for evidence-based practice**. Missouri: Elsevier Mosby, 2014.

MASCARENHAS, M.D.M. *et al.* Caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Brasil – 2014. **Revista Saúde em Foco**, v. 1, n. 1, 2016. Disponível em: <https://smsrio.org/revista/index.php/revsf/article/view/199> Acesso em: 20 jan. 2020.

MENDES-DA-SILVA, W. Contribuições e Limitações de Revisões Narrativas e Revisões Sistemáticas na Área de Negócios. **Rev Adm Contemp.**, v. 23, n. 2, p. 1-11, 2019.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Editora Hucitec, 2015.

MOHER, D. *et al.* Itens de referência para publicação Revisões sistemáticas e meta-análises: la declaración PRISMA. **Revista Espanhola de Nutrição Humana e Dietética**, v. 18, n. 3, p. 172-181, 2014.

MOREIRA, G.A.R. *et al.* Qualificação de profissionais da saúde para a atenção às mulheres em situação de violência sexual. **Trab Educ. Saúde**, v. 16, n. 3, p. 1039-1055, 2018.

MORIN, E. **A cabeça bem feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

NIELSON, M.; STRONG, L.; STEWART, J. Does Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) training affect attitudes of emergency department nurses toward sexual assault survivors. **J Forensic Nurs.**, v.11, n.3, p. 137-143, 2015.

OLIVEIRA, P.S. *et al.* Assistência de profissionais de saúde à mulher em situação de violência sexual: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line**, v. 10, n. 5, p. 1828-1839, 2016.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual**. Manual clínico. Washington, D.C.: OPS, 2016.

PERUCCI, M. *et al.* Percepções de enfermeiros sobre o atendimento às vítimas de violência sexual. **Enfermagem Revista**, v. 22, n. 1, p. 68-78, 2019.

PINHEIRO, M. Combate à violência de gênero e proteção dos direitos das mulheres. *In*: Fórum Brasileiro de Segurança Pública (Org.). **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**, 2016. p.38-39.

SITHOLE, Z. *et al.* Evaluation of sexual and gender-based violence program in Harare City, Zimbabwe, 2016: a descriptive cross-sectional study. **Pan Afr Med J.**, v.31, p.200, 2018.

SOARES, A. M. Violência como fenômeno intrínseco à cultura política brasileira. **Revista Sinais**, v. 2, n. 18, p. 92-108, 2015.

SOARES, J.S.F.; LOPES, M.J.M. Experiências de mulheres em situação de violência em busca de atenção no setor saúde e na rede intersetorial. **Interface**, v. 22, n. 66, p. 789-800, 2018.

SOLNIT, R. **Os homens explicam tudo para mim**. São Paulo: Cultriz, 2017.

TRENTIN, D. *et al.* Olhar de profissionais no atendimento a mulheres em situação de violência sexual: perspectiva da declaração universal de bioética e direitos humanos. **Texto Contexto - Enferm.**, v. 28, e20180083, 2019.

UN WOMEN. **Facts and figures**: Ending violence against women. 2019. Disponível em: <https://www.unwomen.org/en/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>. Acesso em: 20 jan. 2020.

URSI, E.S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. 2005. 128f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VALENTI J. **Objeto Sexual Memórias de uma feminista**. São Paulo: Cultriz, 2018.

VANDENBERGHE, A.; HENDRIKS, B.; PEETERS, L.; ROELEN, K.; KEYGNAERT, I. Establishing Sexual Assault Care Centres in Belgium: health professionals' role in the patient-centred care for victims of sexual violence. **BMC Health Services Research**, v.18, n.1, p.807, 2018.

VIEIRA, L. J. E. S.; SILVA, A. C. F.; MOREIRA, G. A. R.; CAVALCANTI, L. F.; SILVA, R. M. Protocolos na atenção à saúde de mulheres em situação de violência sexual sob a ótica de profissionais de saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.21, n.12, p.3957-3965, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sexual and reproductive health**. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/sexual_violence/en/# Acesso: 17 dez. 2019.

CAPÍTULO 6

AVALIAÇÃO SISTEMÁTICA DOS TESTES VDRL E FTA-ABS PARA SÍFILIS E A PREVALÊNCIA DE CASOS REAGENTES NO ESTADO DO ACRE NOS ANOS DE 2014 E 2015

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 08/07/2020

Samanta das Neves Arruda

Uninorte – Rio Branco, AC
<http://lattes.cnpq.br/3832727834711590>

Vanessa Nascimento Possamai

Uninorte – Rio Branco, AC
<http://lattes.cnpq.br/3287928203452441>

Dilton Silveira dos Santos

Uninorte – Rio Branco, AC
<http://lattes.cnpq.br/3544558088575328>

Marcelo Hubner Moreira

Universidade Ceuma – MA
<http://lattes.cnpq.br/2580649114829555>

RESUMO: Introdução: A sífilis é uma doença infectocontagiosa. Ela pode ser transmitida por via sexual, de mãe para filho durante a gestação e pelo contato com sangue infectado. Existem muitos testes que auxiliam no diagnóstico da sífilis. Neste trabalho, serão abordados os dois principais testes, o VDRL e o FTA-ABS.

Objetivo: Analisar e discutir os resultados dos exames VDRL e FTA-ABS realizados nos anos 2014 e 2015 no estado do Acre. **Procedimentos metodológicos:** Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva, de abordagem quantitativa e qualitativa a partir de dados secundários.

Resultados: Observou-se o aumento do número de testes realizados e testes com resultados reagentes nos anos 2014 e 2015, evidenciando

um aumento de casos confirmados no estado do Acre. **Conclusão:** Devido ao aumento progressivo da patologia abordada, a busca por atendimento e resultados reagentes para sífilis tem se mostrado significativamente elevados, evidenciando a facilidade de contrair a sífilis. Porém, com os avanços dos testes laboratoriais é possível realizar diagnósticos precisos.

PALAVRAS-CHAVE: Sífilis; Acre; VDRL; FTA-ABS.

SYSTEMATIC EVALUATION OF VDRL AND FTA-ABS TESTS FOR SYPHILIS AND PREVALENCE OF REAGENT CASES IN THE STATE OF ACRE IN THE YEARS 2014 AND 2015

ABSTRACT: Introduction: The syphilis is an infectious contagious disease. It can be sexually transmitted, from mother to child during pregnancy and also by contact with infected blood. There are many tests that help in the diagnosis of syphilis. In this work, the two main tests are approached, the VDRL and the FTA-ABS.

Objective: To analyze and discuss the results of the VDRL and the FTA-ABS exams performed in the years 2014 and 2015 in the state of Acre.

Methodological Procedures: It is a descriptive research, of quantitative and qualitative approach from secondary datas.

Results: It was observed an increasement in the numbers of the tests performed and tests with reagent results in the years 2014 and 2015, evidencing a rise in confirmed cases in the state of Acre.

Conclusion: Due to the progressive enlargement of the pathology approached, the search for service and reagent results for shyphilis has been shown

significantly high, evidencing the facility of contracting syphilis. But, with the advances of the laboratory tests, it is possible to perform accurate diagnosis.

KEYWORDS: Syphilis; Acre; VDRL; FTA-ABS.

INTRODUÇÃO

A Sífilis é uma doença venérea crônica, dividida em 4 estágios. De acordo com o Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hepatites Virais (BRASIL, 2016), a Sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), manifestada através da espiroqueta denominada *Treponema pallidum*, é uma doença que acomete apenas humanos, apresentando-se como contagiosas as manifestações da sífilis primária e secundária (BELDA JUNIOR; SHIRATSU; PINTO, 2009). Alterna períodos sintomáticos e assintomáticos quando não tratada, apresentando características clínicas, imunológicas e histopatológicas diferentes, divididas em fases: primária, secundária, latente e terciária (BRASIL, 2010).

A Sífilis Primária apresenta um período de incubação oscilante entre 9 e 90 dias, sendo frequente 3 semanas na maior parte dos casos (PINTO; GONÇALVES, 2009), e caracteriza-se pelo aparecimento do protossifiloma ou cancro sífilítico (cancro duro). Ela é uma lesão única e avermelhada, podendo ser encontrada preferivelmente no ânus ou boca (lábios e língua), (COURA, 2008). A Sífilis Secundária se apresenta em forma das mesmas lesões anteriores, porém espalhadas na pele e mucosas, surgindo em média 60 dias após a infecção inicial (COURA, 2008). Geralmente surgem entre 6 a 8 semanas após a desaparecimento espontânea do cancro duro (BRASIL, 2007). Já a Sífilis Terciária, ocasiona doenças neurológicas e vasculares, sendo determinado um período latente e assintomático, que por sua vez pode durar anos. Pode apresentar sintomas como a Aortite Sífilítica, em conjunto com a formação de aneurismas, neurosífilis, relacionada à lesão das meninges e córtex cerebral, podendo surgir também Goma, que são lesões com necrose, surgindo potencialmente em qualquer órgão ou tecido (HANSEL; DINTZIS, 2007).

A gestação também é uma fase em que a Sífilis pode acometer. Pode suceder em qualquer fase ou estágio da doença materna. Os principais motivos que estabelecem a probabilidade de extensão da infecção são o estágio da Sífilis na mãe e a permanência da exposição do feto no útero (AVELLEIRA; BOTINO, 2006). O índice de infecção, alterna de acordo com a fase da doença, ocorrendo normalmente 70 a 100% no estágio da Sífilis Primária ou Secundária e 30% na Sífilis Terciária (PINTO; GONÇALVES, 2009).

Em qualquer das situações, o diagnóstico é realizado exclusivamente através de testes sorológicos (BRASIL, 2007). O mais conhecido é o *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL). Ele pode ser qualitativo (reagente ou não reagente) ou quantitativo (com a titulação de anticorpos descrita). Os seus títulos correlacionam-se diretamente com a atividade da doença, o VDRL quantitativo é preferível, sendo particularmente útil no

diagnóstico inicial da Sífilis, monitoramento da resposta terapêutica e frente à possibilidade de recidivas ou reinfecções (SILVA; BONAFÉ, 2013).

A própria gravidez pode levar a resultados falso positivos, tornando-se reativo a partir da segunda semana após início do cancro, atingindo maiores títulos na fase secundária e declinando logo depois, mesmo se nenhum tratamento é instituído. Havendo tratamento correto, ocorre uma queda progressiva dos títulos, podendo se negativar em 9 a 12 meses ou permanecer com títulos residuais baixos (cicatriz sorológica). Baixos valores na titulação do VDRL podem indicar doença recente ou antiga, mesmo que tratada ou não. Sorologias não treponêmicas seriadas e a solicitação de testes treponêmicos são necessárias nesta situação. Dois títulos baixos (inferiores a 1:8) no VDRL, com um intervalo de 30 dias ou mais, excluem a Sífilis recente.

Um VDRL negativo exclui Sífilis ativa, respeitado o período de incubação. Três títulos sucessivamente baixos (inferiores a 1:8) com um intervalo superior a 30 dias, sem sinal clínico de reinfecção, indicam cicatriz sorológica (LARSEN et al., 1998).

Um VDRL reagente seguido a *Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption* (FTA-ABS) não reagente indica possível resultado falso-positivo. Resultados falso-negativos na sorologia não treponêmica podem ocorrer no fenômeno conhecido como “prozona” (1 a 2% dos casos). Este ocorre principalmente na Sífilis Secundária, sendo decorrente do predomínio de anticorpos antitreponêmicos em relação ao número de antígenos circulantes (CHESSON et al., 2005). Diante dessa possibilidade, devem-se aumentar as diluições do soro materno até o mínimo 1:16 para tentar obter um resultado positivo.

Das sorologias treponêmicas existentes, a FTA-ABS é a mais usada e mais conhecida. Trata-se de um teste cuja técnica é a imunofluorescência indireta, que detectam anticorpos contra antígenos do *Treponema pallidum*. Estes testes são qualitativos e definem a presença ou ausência de anticorpos na amostra (AVELLEIRA e BOTTINO, 2006).

ESTÁGIOS DA SIFILIS

Segundo o Ministério da saúde (2014), a sífilis é uma patologia de progressão lenta. Quando não é diagnosticada, ela varia de períodos sintomáticos e assintomáticos, com características clínicas, imunológicas e histopatológicas dissemelhantes. Ela é dividida da seguinte forma:

Sífilis primária: Quando ocorrida a infecção, ocorre um período de latência entre 10 e 90 dias. Os sintomas iniciais são a presença de lesão única no local da entrada da bactéria, a lesão é intitulada cancro duro ou protossifiloma, é indolente e tem sua base endurecida, contem secreção serosa e muitos treponemas. A lesão primária cura-se espontaneamente, em um período de aproximadamente duas semanas.

Sífilis secundária: Apresenta-se em forma das mesmas lesões anteriores, porém espalhadas na pele e mucosas, surgindo em média 60 dias após a infecção inicial (COURA,

2008). Geralmente surgem entre 6 a 8 semanas após a desapareção espontânea do cancro duro (BRASIL, 2007).

Nesta fase, ocorre o aparecimento clínico, chamado de exantema (erupção) cutânea, que está rico em *T. pallidum*. Acontece em aproximadamente 75% das pessoas que não receberam tratamento. Sintomas: as feridas de pele aparecem nas palmas das mãos e sola dos pés, são maculopapulares, escamosas ou pustulares, nas áreas úmidas como região anogenital, a parte interna da coxa e axilas pode ocorrer codylomata lata (são placas elevadas e de base ampla) erosões superficiais, geralmente, aparecem na boca, faringe e parte externa da genitália. São indolores e infecciosas, os sintomas duram vários dias, podendo evoluir para a fase latente da doença; as lesões podem reaparecer na fase inicial latente, porém serão mais brandas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Sífilis terciária: Nesse estágio, os testes que detectam anticorpos habitualmente são reagentes, principalmente os testes treponêmicos; os títulos dos anticorpos nos testes não treponêmicos tendem a ser baixos e raramente podem ser negativos (BRASIL, 2015a; MINISTERIO DA SAÚDE, 2016).

Pode levar dez, vinte ou mais anos para ocorrer a manifestação da patologia. A sífilis terciária é manifestada através de inflamações e destruição de tecidos e ossos. Tem como característica sintomatológica, gomas sífilicas, tumorações amolecidas vistas na pele e nas membranas mucosas, que pode vir acometer qualquer região do corpo, inclusive os ossos. A sintomatologia mais grave inclui a sífilis cardiovascular e a neurosífilis (MINISTERIO DA SAÚDE, 2014).

Sífilis latente: Que é chamada quando não houver tratamento, após o desaparecimento dos sinais e sintomas da sífilis secundária. A infecção entrará em período de latência. Latência: Com até um ano, e latência tardia com mais de um ano da patologia. A sífilis latente não apresenta sintomas (MINISTERIO DA SAÚDE, 2014). Para diferenciar esta fase da infecção primária, deve-se pesquisar no líquido a presença de anticorpos, utilizando-se o VDRL. Evidencia-se sífilis latente quando o VDRL é reagente no líquido, acompanhado de baixos títulos no soro (TELELAB, 2014)

Sífilis congênita: É uma infecção que o feto adquire através da passagem do *T. pallidum* pela placenta. Quanto mais recente for a infecção, mais grave será a patologia. Na gestação, a sífilis congênita é manifestada com o aborto, nascidos prematuros ou nascidos seguidos de morte. A sintomatologia da sífilis congênita, pode apresentar lesões com bolhas, ricas em *T. pallidum* nas palmas das mãos, nas plantas dos pés, ao redor da boca e ânus. Mesmo quando não apresenta essa sintomatologia, a infecção congênita pode permanecer em latência, vindo a se apresentar na infância ou mesmo na fase adulta. Quem define a sífilis congênita é o médico, que deve levar em consideração a comparação dos testes não treponêmicos da mãe e da criança, além dos exames por imagem e dos sinais e sintomas clínicos presentes na criança. Sempre que houver suspeita de sífilis congênita, será preciso fazer o VDRL do líquido da criança (MINISTERIO DA SAÚDE, 2014).

VDRL (VENEREAL DISEASE RESEARCH LABORATORY)

O VDRL (do inglês *Venereal Disease Research Laboratory*) baseia-se no uso de uma suspensão antigênica composta por uma solução alcoólica contendo cardiolipina, colesterol e lecitina purificada e utiliza soro inativado como amostra. Os anticorpos anticardiolipinas, quando presentes nas amostras, ligam-se as cardiolipinas das micelas. Conseqüentemente, a ligação de anticorpos com várias micelas resulta em uma floculação (MINISTERIO DA SAÚDE, 2016).

Nesses testes de floculação, são detectados anticorpos IgM e IgG contra o material lipídico liberado pelas células danificadas em decorrência da sífilis, e possivelmente contra a cardiolipina liberada pelos treponemas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Para Avelleira e Bottino (2006), a prova do VDRL positiva-se entre cinco e seis semanas após a infecção, e entre duas e três semanas após o surgimento do cancro. Portanto, pode estar negativa na sífilis primária. Na sífilis secundária apresenta sensibilidade alta; e nas formas tardias, a sensibilidade diminui. A reação não é específica, podendo estar positiva em outras treponematoses e em várias outras situações. Essas reações falso-positivas podem ser divididas em transitórias e persistentes. As transitórias negativam em seis meses (malária, gravidez, mononucleose infecciosa, viroses, tuberculose e outras). As reações persistentes permanecem positivas além de seis meses (hanseníase virchowiana e doenças autoimunes, como lúpus). Os títulos em geral são altos nas treponematoses (acima de 1/16), podendo ser superiores a 1/512. Os casos de falso-negativos na sífilis secundária (1% a 2%) decorrem do excesso de anticorpos (efeito prozona). Esses casos poderão ser evitados utilizando-se maiores diluições do soro.

FTA-ABS (FLUORESCENT TREPONEMAL ANTIBODY ABSORPTION)

A pesquisa de anticorpos antitreponêmicos, na maioria dos laboratórios de sorologia, é feita utilizando-se a reação de FTA-ABS que se baseia na ligação de anticorpos presentes no soro de pacientes ao antígeno *T. pallidum*, fixado a uma lâmina de microscopia previamente demarcada. O soro deve ser inativado e adsorvido com extrato de cultura de treponemas não patogênicos para remoção de anticorpos inespecíficos, ou seja, anticorpos de grupo. A reação é revelada com a adição de um conjugado composto de imunoglobulina anti-humana, marcada com isotiocianato de fluoresceína. A visualização da reação é feita em microscópio de fluorescência (BAZZO; MARIA, 1999).

O Teste com Anticorpo Treponêmico Fluorescente (FTA), veio sofrendo modificações na diluição e melhorando a sensibilidade e especificidade até chegar ao FTA-ABS. Apresenta rápida execução, mas necessita de um microscópio fluorescente. Em doenças autoimunes e outras treponematoses, pode apresentar resultados falso-positivos. O FTA-ABS pode ser positivo pela passagem de anticorpos por difusão do sangue para o líquido cefalorraquidiano (LCR) em pacientes com sífilis. Porém é um teste altamente sensível,

e a neurosífilis poderá ser excluída diante de um FTA-ABS negativo. Em pacientes HIV-positivos o exame do LCR deverá considerar que alterações na contagem de células e na dosagem de proteínas isoladamente poderão ser atribuídas ao comprometimento neurológico do vírus HIV (AVELLEIRA JCR, BOTTINO G, 2006).

O FTA-ABS é considerado o teste de referência, ou padrão ouro, dentre os testes treponêmicos. Pode ser feito com amostras de soro ou plasma. É o primeiro teste a se tornar reagente após a infecção, tendo bom desempenho no diagnóstico da sífilis primária em usuários que apresentam o cancro duro com mais de 10 dias de evolução. É importante também para o esclarecimento do diagnóstico de usuários com evidência clínica de sífilis, que apresentaram resultados não reagentes nos testes não treponêmicos, situação que pode ocorrer em amostras de pacientes com sífilis primária, latente recente ou tardia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

TRATAMENTO DA SÍFILIS

Em 1928, a descoberta do poder bactericida do fungo *Penicilium notatus*, por Fleming, iria modificar a história da sífilis e de outras doenças infecciosas. A penicilina age interferindo na síntese do peptidoglicano, componente da parede celular do *T. pallidum*. Em 1943, Mahoney mostrou que a penicilina agia em todos os estágios da sífilis. A sensibilidade do treponema à droga, a rapidez da resposta com regressão das lesões primárias e secundárias com apenas uma dose são vantagens que permanecem até hoje. A penicilina continua como droga de escolha, e até o momento não foram documentados casos de resistência (AVELLEIRA e BOTTINO; 2006).

A sífilis geralmente é curável nos primeiros estágios, com uma única injeção intramuscular de penicilina. As doses adicionais são necessárias para tratar pessoas que tem sífilis há mais de um ano. No entanto, para pessoas alérgicas, existem outros antibióticos que substituem a penicilina, como a ceftriaxona e doxiciclina. As pessoas que começam o tratamento da sífilis devem abster-se de relação sexual até o momento que as feridas estejam completamente cicatrizadas. Pacientes com sífilis devem notificar os seus parceiros sexuais para que eles possam ser testados e, se necessário, receber o devido tratamento. Ter sífilis uma vez, não confere imunidade à pessoa, ou seja, não a protege de contágios futuros (FERREIRA, 2005).

De acordo com Ramos e Junior, (2009), o tratamento da sífilis é relativamente simples, eficaz, disponível nos serviços de saúde, de baixo custo e tem como principal opção a penicilina G benzatina, administrada por via intramuscular em doses de acordo com a fase da doença.

Coura (2008), enfatiza dizendo que o tratamento da sífilis recente pode ser tratada com penicilina G benzatina 2.400.000 UI, dose única intramuscular ou penicilina G procaína 600.000 UI, intramuscular, por durante dez dias. Alternativamente nos casos de alergia à

penicilina, pode ser usada tetraciclina ou eritromicina 500 mg, via oral de seis em seis horas ou doxiciclina 100 mg de 12 em 12 horas durante quinze dias. Porém, a sífilis tardia pode ser tratada com penicilina G benzatina 2.400.000 UI intramuscular semanalmente durante três semanas, ou tetraciclina, eritromicina 500 mg, de 6 em 6 horas ou doxiciclina 100 mg, de 12 em 12 horas, durante trinta dias. Nas gestantes a tetraciclina está contraindicada. O tratamento da neurosífilis pode ser penicilina G cristalina 12 a 24.000.000 UI por via endovenosa divididas de 4/4 horas durante catorze a vinte e um dias, ou penicilina G procaína 2.400.000 UI por dia, mais 500 mg via oral de probenecida 4 vezes ao dia, durante catorze dias. Em ambos os casos, o tratamento deve ser seguido 25 dias com penicilina G benzatina 2.400.000 UI intramuscular, semanalmente por mais de três semanas. Alternativa pode ser usada a doxiciclina 100 mg, por via oral de 12 em 12 horas, durante trinta dias.

O Ministério da Saúde ressalta, que os tratamentos adequados dos casos que forem diagnosticados revertem à remissão dos sintomas em poucos dias. Sendo importante à realização precoce do diagnóstico da Sífilis, tanto para as gestantes como para outros portadores da doença, nas Unidades Básicas de Saúde (MACÊDO, BEZERRA et al., 2009).

No caso da sífilis congênita após o término do tratamento da doença deve-se fazer um acompanhamento para controle e cura. Nos casos de crianças que foram tratadas inadequadamente, na dose ou tempo do tratamento preconizado, deve-se convocar a mesma para reavaliação clínico-laboratorial e reiniciar o tratamento (BRASIL, 2008).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesta análise de dados foi possível observar que, nos anos de 2014 e 2015 foram realizados 38.385 (Trinta e oito mil, trezentos e oitenta e cinco) exames, sendo destes 34.506 (Trinta e quatro mil, quinhentos e seis) exames VDRL e 3.879 (Três mil, oitocentos e setenta e nove) exames FTA-ABS. Foram usados 16 artigos como base, publicações do tipo artigos científicos, disponíveis na íntegra e com acesso eletrônico, abordando o tema Sífilis, com ênfase nos exames laboratoriais VDRL e FTA-ABS. Os critérios de inclusão de pesquisa de dados foram todos os pacientes, do sexo masculino e feminino, de todas as idades, que se submeteram aos exames de VDRL e FTA-ABS, nos trimestres de 2014 e 2015.

Segundo o DATASUS, no Estado do Acre, nos anos de 2014 e 2015, foram realizados 34.799 testes de VDRL. Destes, 18.433 foram realizados somente no ano de 2015, mostrando um aumento de 11,2% em relação a 2014, como mostra o gráfico a seguir:

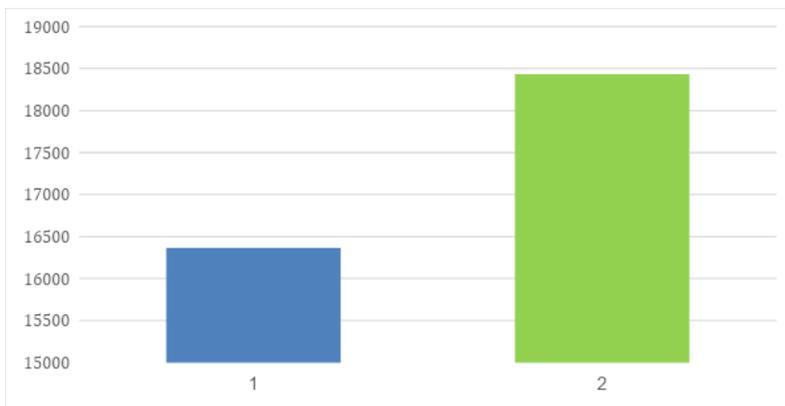


Gráfico 1: Número de testes VDRL realizados nos anos de 2014 e 2015.

Esse demonstrativo de testes VDRL retrata uma demanda aumentada de solicitações por parte dos profissionais de saúde. Destes testes realizados, se obteve um percentual de reagentes, que são mostrados no Gráfico 2:

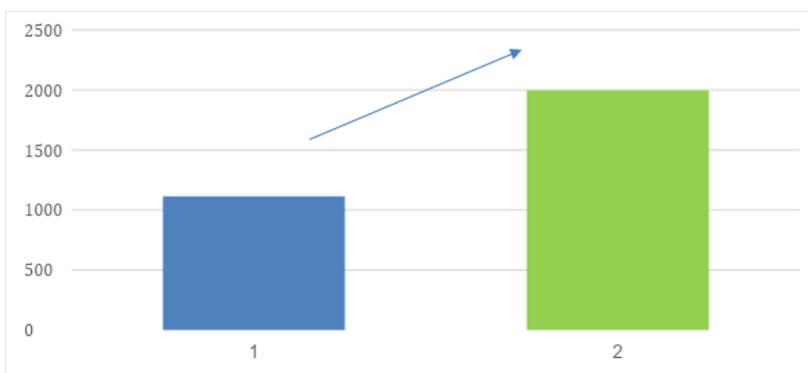


Gráfico 2: Número de testes VDRL reagentes nos anos de 2014 e 2015.

Em 2015, obteve-se um aumento significativo de 44,2% no número de testes VDRL reagentes em relação a 2014. Segundo os dados obtidos pelo LACEN, os maiores percentuais de casos reagentes são de gestantes, das quais os dados foram organizados de acordo com o trimestre de gestação e de acordo com a idade das pacientes. Para estes casos, existe, normalmente, necessidade de confirmação através do FTA-ABS, cujos dados seguem:

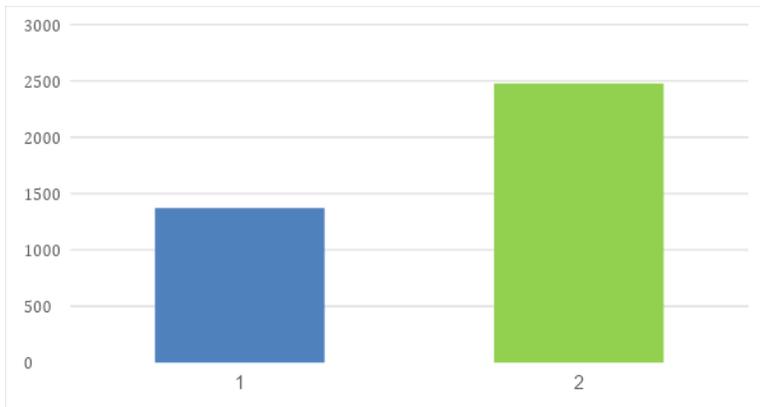


Gráfico 3: Número de testes FTA-ABS realizados nos anos de 2014 e 2015.

O gráfico 3 apresenta os exames FTA-ABS realizados nos anos de 2014 e 2015, e nele podemos observar um aumento de 80,4% no número de exames realizados.

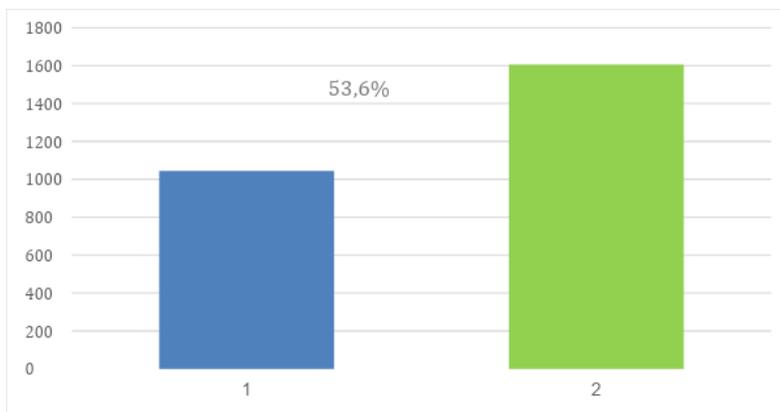


Gráfico 4: Número de testes FTA-ABS reagentes nos anos de 2014 e 2015.

Com o gráfico 4, é possível observar que o número de casos confirmados de sífilis aumentou de 2014 para 2015, sendo que o exame FTA-ABS é teste confirmatório de sífilis, por ele ser um teste treponêmico.

Silva et al., (2013) demonstraram em seus estudos que a maioria dos profissionais de saúde possuía conhecimento adequado sobre a doença, seus estágios, o diagnóstico, o período de infecção pelo *T. pallidum*, e quanto à terapêutica medicamentosa. Principalmente quanto ao método diagnóstico, o estudo mostra que a maioria dos profissionais de saúde demonstraram conduta inadequada na interpretação da titulação do VDRL, em especial por erros de interpretação. Esses dados mostram-se importantes, pois conhecer a dinâmica do

processo infeccioso influencia diretamente no tratamento, bem como no uso de métodos específicos que poderiam ser economizados caso não houvesse necessidade de seu uso. Portanto, se faz necessário um maior na capacitação de profissionais médicos e enfermeiros atuantes na Unidade Básica de Saúde quanto à prevenção da sífilis.

As tabelas abaixo, mostram os dados relevantes relacionados à Sífilis na gestação, que foi a maior responsável pelo aumento significativo nos anos estudados:

EXAMES 2014	REAGENTES	NÃO REAGENTES	TOTAL
VDRL	272	6273	6545
FTA-ABS	211	104	315

Tabela 1. Quantitativo de resultados por exames.

Fonte: Os autores

A Tabela 1 mostra que foram realizados 6.545 exames VDRL em gestantes. Dessas, 272 obtiveram resultados reagentes, e deste total de reagentes, 49 utilizaram apenas o método VDRL para diagnóstico e as demais utilizaram ambos os métodos (VDRL e FTA-ABS). Foram realizados um total de 315 exames FTA-ABS, nos quais 211 foram reagentes e 104 não reagentes, sendo ainda 203 pacientes usaram o FTA-ABS como confirmatório do VDRL e 08 como método único de diagnóstico.

EXAMES 2015	REAGENTES	NÃO REAGENTES	TOTAL
VDRL	320	5703	6023
FTA-ABS	207	153	360

Tabela 2: Quantitativo dos resultados por exames.

Fonte: Os autores

A tabela 2 mostra um total de 527 resultados de exames reagentes, sendo que 320 exames são de VDRL e 207 das amostras são de exames FTA-ABS. Deste total das amostras de VDRL, 119 utilizaram apenas o método VDRL para diagnóstico e 200 utilizaram também o exame FTA-ABS como confirmatório, e do total das amostras de FTA-ABS, 07 utilizaram este método apenas como diagnóstico, totalizando assim, um quantitativo de 327 gestantes com Sífilis no ano de 2015 no Estado do Acre.

O gráfico 5 demonstra o percentual do total de gestantes reagentes no ano de 2014, que utilizaram os exames VDRL e FTA-ABS como métodos de diagnóstico e/ou

confirmatório (FTA-ABS).

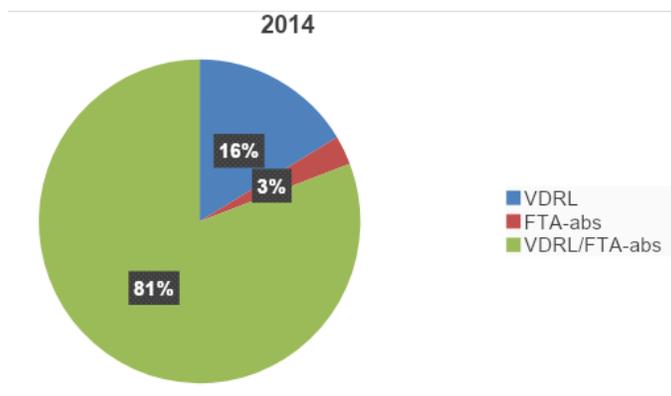


Gráfico 5: Percentual de amostras reagentes por exames em 2014 no Estado do Acre.

Fonte: Os autores

Do total de 268 gestantes com Sífilis no ano de 2014, 81% utilizaram ambos exames (diagnóstico e confirmatório), 16% somente o VDRL e 3% apenas o FTA-ABS.

O gráfico 2 mostra o percentual do total de gestantes reagentes no ano de 2015, que utilizaram os exames VDRL e FTA-ABS como métodos de diagnóstico e/ou confirmatório (FTA-ABS).

Em 2015, houve uma alteração significativa nesses dados, como mostra o Gráfico 6, a seguir:

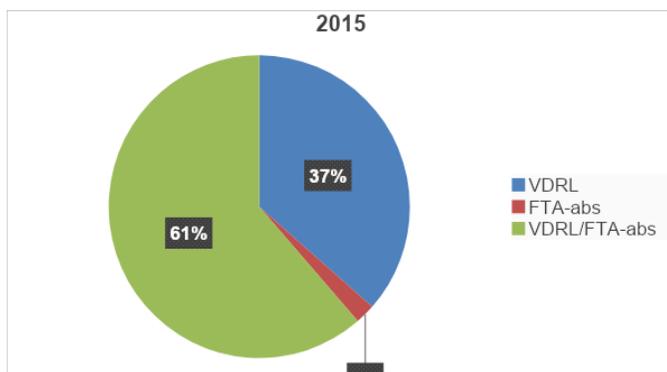


Gráfico 6: Percentual de amostras reagentes por exames no ano de 2015 no Estado do Acre.

Fonte: Os autores

Do total de 327 gestantes com Sífilis no ano de 2015, 61% utilizaram ambos exames (diagnóstico e confirmatório), 37% somente o VDRL e 2% apenas o FTA-ABS.

Foi percebido durante a análise dos dados que, mulheres correspondem à maior parte dos exames realizados. Os homens, mesmo que sendo solicitado os exames apresentam ainda dificuldades na aceitação da realização dos métodos diagnósticos. Isso mostra que até mesmo em relação à terapêutica contra a sífilis pode ser prejudicada, apresentando certamente um alto índice de recidiva e evolução dos quadros sífilíticos para secundária e terciária.

A faixa etária entre as mulheres gestantes também se mostra como um fator de importância, como mostra o Gráfico 7:

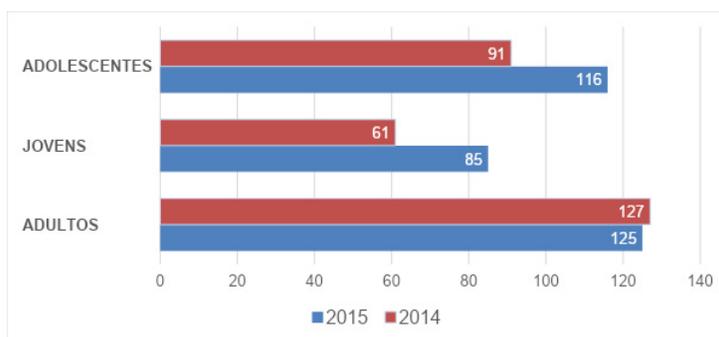


Gráfico 7: Quantitativo de Sífilis por idade.

Fonte: Os autores

Examinando a faixa etária das gestantes com Sífilis, percebemos um quantitativo de adolescentes, jovens e adultos. Foi observado um índice elevado de adultas acometidas, sendo 127 no ano de 2014 e 125 no ano de 2015, e dessa forma sendo a faixa etária com maior número de casos reagentes de sífilis, nos anos de 2014 e 2015. O número também é preocupante entre as adolescentes, nas quais não só existe a problemática da gestação precoce, mas ainda o fato de serem vítimas de doenças infecciosas como a sífilis. Isso demonstra mais uma vez uma necessidade de aplicação de políticas de saúde pública nas escolas com o empenho de profissionais de todas as áreas no processo de educação em saúde.

CONCLUSÃO

O VDRL é um teste muito usado para a detecção da sífilis, porém não é um teste treponêmico. Ele auxilia no diagnóstico em conjunto com o FTA-ABS, que é um teste específico para sífilis, assim pode-se obter a confirmação de um resultado reagente.

Os exames laboratoriais têm como foco o diagnóstico, a detecção e o estágio em que determinada patologia se encontra. No caso da sífilis, é feito primeiramente o teste não treponêmico, o VDRL, pois o mesmo é um teste de baixo custo e já atribui a titulação. O resultado do exame se dá em titulações 1/2, 1/4, 1/8, 1/16, 1/32, 1/64 e assim sucessivamente, podendo indicar o estágio da doença. Para ser indicativo de sífilis, a titulação terá que ser maior que 1/16, quando isso ocorre, o FTA-ABS é realizado, pois é um exame qualitativo (positivo ou negativo) de imunofluorescência indireta, sendo este específico para a sífilis já que possui cepas de *T. Pallidum* fixados em lâmina para que ocorra a reação se a amostra for reagente.

Podem ocorrer algumas interferências em relação ao resultado dos exames, como por exemplo, a janela imunológica, efeito prozona, que ocorre quando há um elevado número de anticorpos produzidos pelo organismo durante o estado latente ou secundário da doença. A gravidez também interfere nos resultados.

Para que haja a diminuição de casos reagentes de sífilis, é importante realizar a prevenção, pois o número de casos reagentes dessa patologia vem crescendo ao longo dos anos.

Promover uma orientação no planejamento familiar antes da gestação com o casal, realizando um diagnóstico antecipado, é um possível avanço, podendo ser evitando futuras possíveis infecções gestacionais. No que diz respeito aos demais portadores da doença, incentivar a realização dos exames, a terapêutica medicamentosa e a educação continuada em saúde, certamente colaboraria para a diminuição desses índices no Estado do Acre.

Os casos de sífilis vêm aumentando nos últimos anos no Acre, principalmente entre os adultos e adolescentes. Nos anos de 2014 e 2015, as gestantes tiveram um grande número de casos reagentes, apresentando 49 casos confirmados somente no primeiro trimestre de 2014 e 116 casos confirmados no quarto trimestre de 2015, esse foi o período analisado.

REFERÊNCIAS

AVELLEIRA, J.C.R.; BOTTINO, Giuliana. **Sífilis: Diagnóstico, tratamento e controle**. An Bras Dermatol. V. 81, n.2, p. 111-26, 2006.

AZULAY, D.R.; AZULAY, R.D.; NERY, J.A.C. Sífilis. In: COURA, J. R. **Dinâmicas das doenças infecciosas e parasitárias**. 2 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. Cap. 139. p. 1610-1619.

BELDA JUNIOR, W.; SHIRATSU, R.; PINTO, V. **Abordagem nas doenças sexualmente transmissíveis**. An Bras Dermatol. v.84, n.2, p. 151-59, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil**. Brasília, 2010a. 100 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil**. Brasília, 2010. 100 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis**. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Diagnóstico da Sífilis**. Santa Catarina (TELELAB), Outubro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e Sífilis – Manual de Bolso**. Brasília, 2007. 190 p.

CHESSON, H.W.; HEFFELFINGER, J.D.; VOIGT, R.F.; COLLINS, D. **Estimates of primary and secondary syphilis rates in persons with HIV in the United States, 2002**. Sex Transm Dis. 2005; 32:265-9.

COURA, J.R.: Sífilis. In: **Síntese das doenças infecciosas e parasitárias**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. Cap. 62. P. 200-204.

HAAS, J.; BOLAN, G.; LARSEN, S.; CLEMENT, M.; BACCHETTI, P.; MOSS, A. **Sensitivity of treponemal tests for detecting prior treated syphilis during human immunodeficiency virus infection**. J Infect Dis. 1990; 162:862-866.

HANSEL, D.E.; DINTZIS, R.Z. **Doenças infecciosas e parasitárias**. In: **Fundamentos de patologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. Cap. 9. P. 191-248.

HUNTER, E.F.; NORINS, L.C.; FALCONE, V.H.; STOUT, G.W. **The Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption (FTA-ABS) Test**. United States, 1968. P.873-881.

LABTEST. **Reagentes, VDRL**. Minas Gerais: Vista Alegre, Lagoa Santa. Ref.: 119

LARSEN, S.A., POPE, V., JOHNSON, R.E., KENNEDY, JR., E.J. **A Manual of Tests for Syphilis**. Washington: APHA, 1998, 361p. 9a edição

LINO, FERREIRA, 2013. **Infecção por *Treponema pallidum*: análise serológica e pesquisa de DNA**. Portugal: Lisboa, 2013.

NADAL, S.R.; FRAMIL, V.M.S. **Doenças Sexualmente Transmissíveis. Interpretação das Reações Sorológicas para Diagnóstico e Seguimento Pós-Terapêutico da Sífilis**. São Paulo, 2007. Rev bras Coloproct. V. 27, n.4, p. 479-482.

PASSOS, M.R.L.; JUNIOR NAHN, E.P. Sífilis. In: TAVARES, W.; MARINHO, L.A.C. **Rotinas de Diagnóstico e tratamento de doenças infecciosas e parasitárias**. 4. Ed. São Paulo: Atheneu, 2015. Cap. 148. p. 990-1001.

PINTO, J.M.; GONÇALVES, M.P.P. **Doenças sexualmente transmissíveis**. In: ROCHA, M.O.C. e col. **Fundamentos em infectologia**. Rio de Janeiro: Rubio, 2009. Cap. 22. P. 501-530.

SILVA, A. C. Z. da; BONAFÉ, S. M. **Sífilis: uma abordagem geral**. VIII EPCC Encontro internacional de produção científica, 23 a 25 out. 2013.

CAPÍTULO 7

CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL NOTIFICADOS DE 2013 A 2017 EM TERESINA, PIAUÍ

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 21/07/2020

Maria Vitalina Alves de Sousa

Graduanda de Enfermagem pelo Centro
Universitário INTA – UNINTA
Sobral – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/4581625055666704>

Lyrlanda Maria Cavalcante de Almeida

Enfermeira pelo Centro Universitário INTA –
UNINTA
Sobral – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/6724175300867587>

Taynara Viana Paiva

Graduanda de Enfermagem pelo Centro
Universitário INTA – UNINTA
Sobral – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/3450223173322393>

Domennique Miranda Vasconcelos

Graduanda de Enfermagem pelo Centro
Universitário INTA – UNINTA
Sobral – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/7640387439311893>

Rosalvo Zafriel Sousa Menezes

Enfermeiro pelo Centro Universitário INTA –
UNINTA
Sobral – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/3612237311383366>

Juliana Maria de Freitas

Fisioterapeuta pelo Centro Universitário INTA –
UNINTA
Sobral – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/3128068094893089>

Laryssa Theodora Galeno de Castro

Fisioterapeuta pela Universidade Federal do
Piauí
Parnaíba – Piauí
<http://lattes.cnpq.br/1596211232716860>

Cleiciane de Sousa Azevedo

Enfermeira pela Universidade Estadual Vale do
Acarauú
Sobral – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/8589155373928357>

Marinara de Medeiros Andrade

Farmacêutica pelo Centro Universitário INTA –
UNINTA
Sobral – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/3208120085027370>

Fabiana Melo de Souza

Enfermeira pelo Centro Universitário INTA –
UNINTA
Sobral – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/7912057852568399>

Liziane Melo Carneiro

Farmacêutica pelo Centro Universitário INTA –
UNINTA
Sobral – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/5680822827610195>

Roberta Lomonte Lemos de Brito

Centro Universitário INTA-UNINTA, Professora
dos Cursos do Centro de Carreiras da Saúde e
do Mestrado Acadêmico em Biotecnologia.
Sobral – Ceará
<https://orcid.org/0000-0001-9502-1813>

RESUMO: A sífilis é causada pela bactéria *Treponema pallidum* transmitida predominantemente pela via sexual. Na gravidez é uma doença infecciosa sistêmica, de evolução crônica e períodos de latência quando não tratada. O dano ao feto depende do estágio em que ocorreu a infecção durante a gestação, e do tempo que a gestante ficou sem o devido tratamento. O cuidado também deve ser especial durante o parto para evitar sequelas no bebê, bem como, cegueira, surdez e deficiência mental. Objetivou-se com esse estudo avaliar a ocorrência de casos de sífilis em gestantes, notificados em Teresina, Piauí, no período de 2013 a 2017. Trata-se de estudo epidemiológico, nos quais as informações sobre os casos de sífilis gestacional notificados em Teresina, PI, no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017, foram recuperados no site do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN). Os dados são de domínio público, desta forma não foi necessária à submissão do estudo a Comitê de Ética em Pesquisa ou Comissão Científica Local, de acordo com Resolução nº 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde. Foram notificados em Teresina, PI, 722 casos de sífilis em gestante no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017, sendo 19% (137/722) no ano 2013, 17% (122/722) em 2014, 22% (158/722) em 2015, 22% (160/722) em 2016 e 20% (155/722) em 2017. De acordo com a faixa etária de 10-14 anos obteve 2% (14/722), de 15-19 anos 29% (209/722), 20-39 anos 68% (490/722) e de 39 a 40 anos 1% (9/722). Os casos de sífilis gestacional em Teresina-PI foram notificados em todos os anos estudados e a faixa etária com mais casos foi a de mulheres com 20 a 39 anos, porém atenção deve ser dada aos casos em meninas com 10 a 14 anos e 15 a 19, demonstrando que as jovens estão começando a fase sexual mais cedo e sem orientação correta para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e de uma gravidez precoce. Deve ser reforçada nas escolas a educação sanitária, pois tendo conhecimento sobre os agentes etiológicos e como podem ser transmitidas fica mais fácil a prevenção das mesmas. Todas as pessoas sexualmente ativas devem realizar o teste para diagnosticar a sífilis, principalmente as gestantes, pois se transmitida ao feto pode causar aborto, má formação e/ou morte ao nascer.

PALAVRAS-CHAVE: *Treponema pallidum*, Doença Sexualmente Transmissível, Gravidez.

GESTATIONAL SYPHILIS CASES NOTIFIED FROM 2013 TO 2017 IN TERESINA, PIAUÍ

ABSTRACT: Syphilis is caused by the bacterium *Treponema pallidum* transmitted predominantly through sexual intercourse. In pregnancy it is a systemic infectious disease, with chronic evolution and latency periods when not treated. Damage to the fetus depends on the stage at which the infection occurred during pregnancy, and the length of time the pregnant woman was left without proper treatment. Care must also be special during delivery to avoid sequelae in the baby, as well as blindness, deafness and mental disability. The objective of this study was to evaluate the occurrence of syphilis cases in pregnant women, reported in Teresina, Piauí, from 2013 to 2017. This is a descriptive epidemiological study, in which information about syphilis cases gestational diseases notified in Teresina, PI, from January 2013 to December 2017, were retrieved on the website of the Notifiable Diseases Information System (SINAN). The data are in the public domain, so it was not necessary to submit the study to the Research Ethics Committee or Local Scientific Committee, according

to Resolution No. 510 of 2016 of the National Health Council. In Teresina, PI, 722 cases of syphilis in pregnant women were reported from January 2013 to December 2017, 19% (137/722) in 2013, 17% (122/722) in 2014, 22% (158 / 722) in 2015, 22% (160/722) in 2016 and 20% (155/722) in 2017. According to the age group of 10-14 years old it obtained 2% (14/722), of 15-19 years 29% (209/722), 20-39 years 68% (490/722) and 39 to 40 years old 1% (9/722). The cases of gestational syphilis in Teresina-PI were reported in all the years studied and the age group with the most cases was that of women aged 20 to 39 years, however attention should be given to cases in girls aged 10 to 14 years and 15 to 15 years. 19, demonstrating that young women are starting their sexual phase earlier and without correct guidance for preventing sexually transmitted diseases and early pregnancy. Health education should be reinforced in schools, as having knowledge about the etiological agents and how they can be transmitted makes it easier to prevent them. All sexually active people should be tested to diagnose syphilis, especially pregnant women, as if transmitted to the fetus it can cause miscarriage, malformation and / or death at birth.

KEYWORDS: *Treponema pallidum*, Sexually Transmitted Disease, Pregnancy.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma morbidade infectocontagiosa sistêmica, que tem como agente etiológico uma bactéria Gram-negativa denominada *Treponema pallidum* que pode ser transmitida por via sexual, pela transfusão de sangue, transplante de órgão e ao feto durante a gestação. Por tratar-se de uma doença com tratamento eficaz, acessível e de baixo custo, há a existência de um paradoxo, pois comparado com doenças de maior complexidade, a sífilis ainda se configura como um grave problema de saúde pública brasileiro de grande prevalência na atualidade (CARVALHO, BRITO 2014; AZEVEDO et al, 2017).

O ministério da saúde (MS), por intermédio do departamento de vigilância prevenção e controle das IST, do HIV/Aids e das hepatites virais (DIAHV), inclui a sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita como doenças de notificação compulsória, sendo obrigatória realização por médicos, profissionais da saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde que prestam assistência ao paciente (BRASIL, 2017).

Diante desse quadro, considera-se caso de sífilis gestacional toda gestante com evidência clínica de sífilis ou 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 (BRASIL, 2008).

A repercussão dessa morbidade para a mulher gestante está associada a graves efeitos adversos para o conceito, desde abortos, óbitos fetais e neonatais até recém-nascidos vivos com sequelas diversas da doença, que poderão se manifestar até os 2 anos de vida (FEBRASCO, 2018).

Os dados brasileiros do sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) afirmam que no período de 2005 a junho de 2019, foram notificados 324.321 casos de sífilis em gestantes, dos quais 45,0% eram residentes na Região Sudeste, 21,0% na Região

Nordeste, 14,7% na Região Sul, 10,4% na Região Norte e 8,9% na Região Centro-Oeste (BRASIL, 2019).

Nesse interim, corrobora que a vigilância epidemiológica da sífilis na gestação tem como propósito controlar a transmissão vertical do *Treponema pallidum*, acompanhar o comportamento da infecção nas gestantes para planejamento e avaliação das medidas de tratamento, prevenção e controle (BRASIL, 2018).

De todo exposto, o presente estudo objetiva descrever a ocorrência de casos de sífilis em gestantes, notificados em Teresina, Piauí, no período de 2013 a 2017.

METODOLOGIA

Buscou-se para esta investigação um modelo de estudo epidemiológico, com aspecto descritivo, sobre os casos de sífilis gestacional notificados em Teresina, um município brasileiro, capital do estado do Piauí, no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017.

O levantamento de dados ocorreu no mês de janeiro de 2018, referente ao período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017. Os achados foram obtidos com base em dados secundários do Departamento de Informática do SUS – DATASUS, do Ministério da Saúde (MS). Os dados são de domínio público de acesso livre, desta forma, não foi necessária à submissão do estudo a Comitê de Ética em Pesquisa ou Comissão Científica Local, de acordo com Resolução nº 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram notificados em Teresina, Piauí, um total de 722 casos de sífilis em gestante no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017. Sendo que o ano de 2014 foi o que teve menor ocorrência com 17% (122/722) em 2014 (Gráfico 1).

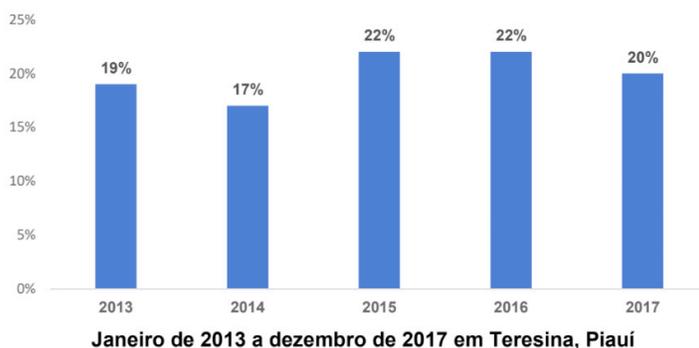


Gráfico 1: Percentual de casos de sífilis em gestantes notificados no período de Janeiro de 2013 a dezembro de 2017 em Teresina, Piauí

Segundo Moura et al. (2019), entre 2011 e 2017, no Brasil foi registrado 158.350 casos de Sífilis Gestacional (SG). Onde no estado do Piauí neste mesmo período houve a notificação de 1.858 casos. De 224 municípios, apenas 43 apresentaram notificações para a doença em questão, onde a maior incidência foi em Teresina, capital do estado, com 74,06% (n=1376). Logo em seguida a cidade de Parnaíba com incidência de 200 notificações, posteriormente as cidades de Picos com 112 notificações e Floriano com 65 notificações (MOURA et al., 2019).

O autor justifica o fato de essas cidades possuírem as maiores taxas de SG por constituírem os maiores centros do estado, logo, atendem as demandas de saúde de municípios de toda a região, dispõem hospitais regionais de grande porte, centros médicos especializados e estruturas mais adequadas, sendo assim, têm um maior número de pacientes assistidos, logo, apresentam mais casos da doença.

De acordo com a faixa etária de 10-14 anos obteve 2% (14/722), de 15-19 anos 29% (209/722), 20-38 anos 68% (490/722) e de 39 a 40 anos 1% (9/722).

Outro estudo realizado na capital Piauiense no período de 2008 a 2018 concluiu que o ano com maior incidência da patologia foi 2017 com 211 casos, na faixa etária dos 20 a 29 anos. Os autores justificam esse achado devido ser o ápice da fase reprodutiva, o que consequentemente provoca uma taxa maior de gravidez nesse intervalo de idades.

A pesquisa aponta que boa parte das mulheres são diagnosticadas durante o pré-natal conferindo 46,61% (n=866) dos casos. Em seguida, verifica-se a taxa de gestantes diagnosticadas com sífilis no momento do parto/curetagem, correspondendo a 33,16% das notificações. Esses dados encontrados evidenciam a importância de um pré-natal bem feito, visto que por meio dele é possível diagnosticar diversas doenças e trata-las, podendo evitar danos ao Recém-nascido (RN).

Outra informação interessante é em relação ao diagnóstico da sífilis no bebê segundo a idade, onde houve maior predominância a faixa etária menor que sete dias de vida com 1.247 casos, onde o ano de 2017 foi o que teve maior número de diagnósticos, representando 391 deles. (COSTA, ALENCAR, 2019).

Em relação ao tratamento do parceiro, o artigo informa que houve um elevado número de homens que não realizaram o tratamento de forma adequada representando 60,82% (n=1130) dos casos, gerando um alto risco de reinfecção da gestante (MOURA et al, 2019).

Segundo Barbosa et al (2017), homens são comumente menos adeptos a um estilo de vida saudável, colocando-se em situações de risco e violência com mais frequência que as mulheres. Além disso, eles são distantes dos serviços de saúde e das ações de prevenção e promoção da saúde. Esses fatos fazem com que o gênero masculino seja vulnerável a diversas doenças.

A incidência elevada de SG apesar de haver prevenção, aponta falhas nos sistemas de saúde, especialmente na atenção básica durante a realização do pré-natal. Isso acarreta muitos pontos negativos, como aumento dos óbitos por aborto, natimorto ou óbito neonatal precoce, que atingem de 25 a 40 % dos casos (COSTA, ALENCAR, 2019).

Entretanto, Moura et al, (2019), afirma que a justificativa para o aumento da SG está relacionada com o aperfeiçoamento da vigilância epidemiológica, das notificações, maior competência na detecção da sífilis durante o pré-natal, uma investigação mais minuciosa dos casos e principalmente pela diminuição da penicilina nos estoques do Brasil devido a falta de matéria prima para a realização da mesma.

Dessa forma, Costa e Alencar (2019), concluem que medidas mais significativas devem ser tomadas a fim de diminuir os casos de SG, com foco na educação em saúde, tendo como objetivo informar sobre as formas de prevenção, transmissão e tratamento, assim como a importância do uso de preservativos, principalmente para as mulheres que possuem mais de um parceiro sexual. Ressaltam a importância de incluir o parceiro nas consultas do pré-natal.

CONCLUSÃO

Os casos de SG em Teresina-PI foram notificados em todos os anos estudados, mantendo-se quase que constantes durante o período da pesquisa, demonstrando que a sífilis ainda apresenta-se de forma elevada, sendo um grave problema de Saúde Pública.

A faixa etária com mais casos foi a de 20 a 38 anos, pois é a faixa etária que elas estão mais aptas a gravidez, porém a atenção deve ser dada aos casos em meninas com 10 a 14 anos e 15 a 19, demonstrando que as jovens estão iniciando as relações sexuais cada vez mais cedo e sem orientação correta para prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e de gravidez precoce.

Deve ser reforçada nas escolas a educação sanitária, pois tendo conhecimento dos agentes etiológicos e como as doenças podem ser transmitidas fica mais fácil à prevenção das mesmas. Todas as pessoas sexualmente ativas devem realizar o teste para diagnosticar a sífilis, principalmente as gestantes, pois se transmitida ao feto pode causar aborto, má formação e/ou morte ao nascer.

Tal ideia reafirma a necessidade de os profissionais dos serviços de saúde realizarem a notificação compulsória dos casos de SG e acompanhamento desses casos, pois é a partir desses achados que se faz possível realizar um levantamento epidemiológico dos casos, saber como está à saúde dos municípios, estados e país, e assim traçar estratégias para melhorar a saúde da população.

REFERÊNCIAS

DANTAS, Livia Azevedo; JERÔNIMO, Silvana Helena Neves de Medeiros; TEIXEIRA, Gracimary Alves; LOPES, Thais Rosental Gabriel; CASSIANO, Alexandra Nascimento; CARVALHO, Jovanka Bittencourt Leite de. Perfil epidemiológico de sífilis adquirida diagnosticada y notificada en hospital universitario materno infantil. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 16, n. 46, p. 217-245, 2017. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000200217&lng=es&nrm=iso>.

Acesso em: 05 de jul. de 2020.

Barbosa DRM; Almeida MG de; Silva AO, ARAÚJO, AA; SANTOS, AG dos. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL. Rev enferm UFPE on line., Recife, 11(5):1867-74, maio., 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23335/18934>>. Acesso em: 1 de Jul. de 2020.

BRASIL. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS - DATASUS. Informações de Saúde, Epidemiológicas e Morbidade: banco de dados. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=29878153>> Acesso em: 14 de fev. de 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim epidemiológico**. Brasília: [Ministério da Saúde], 2019. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/outubro/30/Boletim-S--filis-2019-internet.pdf>>. Acesso em: 06 de jul. de 2020

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Nota informativa: **Altera os critérios de definição de casos para notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita**. Brasília: [Ministério da Saúde], 2017. Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Ges/Nota_Informativa_Sifilis.pdf>. Acesso em: 09 de jul. de 2020.

CARVALHO, Isaiane da Silva; BRITO, Rosineide Santana de. Sífilis congênita no Estado do Rio Grande do Norte: estudo descritivo no período 2007-2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 287-294, junho de 2014. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-4974201400200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 de jul. de 2020.

COSTA, Caroline Maria dos Santos; ALENCAR, Juliana Dantas de; BATISTA, Luiza Ivete Vieira. Monografia: **Sífilis congênita: uma análise epidemiológica da sífilis congênita no Piauí de 2008 a 2018**. TEREZINA-PI, 2019. Disponível em: <https://assets.uninovafapi.edu.br/arquivos/old/arquivos_academicos/repositorio_Biblioteca/medicina/20191/SIFILIS%20CONGENITA%20-%20UMA%20ANALISE%20EPIDEMIOLOGICA%20DA%20SIFILIS%20CONGENITA%20NO%20PIAU%20DE%202008%20A%202018.pdf>. Acesso em: 1 de Jul. de 2020.

FEBRASCO, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Sífilis na gravidez**. 2 de nov. de 2018. Disponível em <<https://www.febasgo.org.br/pt/noticias/item/700-sifilis-na-gravidez>>. Acesso em: 10 de jul. de 2020

MAGALHÃES, Daniela Mendes dos Santos; KAWAGUCHI, Inês Aparecida Laudaes; DIAS, Adriano; CALDERON, Iracema de Mattos Paranhos. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. **Com. Ciências Saúde** - 22 Sup 1:S43-S54, 2011. Disponível em: <https://bvms.saude.gov.br/bvs/artigos/sifilis_gestacao.pdf>. Acesso em: 05 de jul. de 2020.

MOURA, Maria Camila Leal De; ARAÚJO, Verônica Lorranny Lima; SILVA, Renata Pereira Da; SANTANA, Geísa De Moraes; SILVEIRA, Luis Davi Diniz Da; SOUSA, Daniel Matos De; SILVA, Walicy Cosse; SILVA, Maurício Jammes De Sousa; PIRES, Yara Maria Da Silva; BRITTO, Maria Helena Rodrigues Mesquita. **SÍFILIS CONGÊNITA NO PIAUÍ: UM AGRAVO SEM CONTROLE**. Vol.26, n.3,

pp.29-35, Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR. Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190504_114215.pdf>. Acesso em: 1 de Jul. de 2020.

SÃO PAULO, Secretaria de Estado da Saúde de. Sífilis congênita e sífilis na gestação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 768-772, Aug. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 de Jul. de 2020.

SOUSA, Maria Vitalina Alves de Sousa; ALMEIDA, Lyrlanda Maria Cavalcante de; NASCIMENTO, Maria Danielle Alves do; SOUZA, Thalia Aguiar de; VASCONCELOS, Domeniques Miranda; BRITO, Roberta Lomonte Lemos de. Anais do I congresso norte nordeste multiprofissional de assistência ao parto – CONNMAP. Pag 295 e 296, Terezina-PI, 2019. **CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL NOTIFICADOS DE 2013 A 2017 EM TERESINA, PI**. Disponível em: <<https://www.acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3018/1459>>. Acesso em: 1 de Jul. de 2020.

COVID-19 E SAÚDE OCULAR: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 24/08/2020

João Ricardo Arraes Oliveira

Universidade de Pernambuco
Recife – Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/4659920693277399>

Diana Caroline Diniz Arraes

Hospital de Olhos de Pernambuco
Recife – Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/3869560717580999>

RESUMO: A COVID-19 ocasionou um impacto socioeconômico mundial sem precedentes, sendo a pandemia declarada como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A saúde ocular em tempos de pandemia é uma temática que não tem ganhado destaque na literatura científica da atualidade, a despeito de sua alta relevância para a área da saúde. O presente artigo se trata de uma revisão narrativa que visa descrever temas relevantes destacados na literatura existente, como manifestações oftalmológicas da COVID-19, a contaminação via secreções lacrimais, a atenção à saúde ocular nos pacientes em tratamento/hospitalizados devido à COVID-19 e os cuidados oftalmológicos necessários durante o período de isolamento social. As atitudes e requeridas para os profissionais de saúde referentes à saúde ocular são facilmente aplicáveis e podem prevenir sequelas visuais importantes.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19, Saúde ocular, Revisão bibliográfica.

COVID-19 AND OCULAR HEALTH: A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: COVID-19 had an unprecedented global socioeconomic impact, with the pandemic being declared a Public Health Emergency of International Importance by the World Health Organization (WHO). Eye health in times of the pandemic is a theme that has not gained prominence in current scientific literature, despite its high relevance to the health area. This article is a narrative review that aims to describe relevant themes highlighted in the existing literature, such as: ophthalmological manifestations of COVID-19, contamination via lacrimal secretions, attention to eye health in patients being treated/hospitalized due to COVID -19 and the necessary eye care during the period of social isolation. The attitudes required for health professionals regarding eye health are easily applicable and can prevent important visual sequelae.

KEYWORDS: COVID-19, Ocular health, Bibliographic review.

1 | INTRODUÇÃO

A pandemia da COVID-19 impactou o mundo de uma forma sem precedentes, sobretudo pela alta taxa de disseminação e pela potencial letalidade da enfermidade. A quantidade de óbitos ocasionados pela doença já superou 770.000 (17 de agosto de 2020), e, apesar de medidas de contenção e isolamento

social terem sido amplamente difundidas e aplicadas em escala global, o número de novos casos diários persiste elevado em determinadas localidades (RITCHIE et al., 2020). Em 30 de janeiro de 2020, a pandemia da COVID-19 foi declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (SOHRABI et al., 2020).

Trata-se de uma nova entidade nosológica, parente da síndrome respiratória aguda grave (SARS) e da síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS), que acomete as vias aéreas inferiores, comumente manifestando-se como pneumonia e/ou sofrimento respiratório agudo (REVIGLIO et al., 2020). Apesar de a COVID-19 apresentar um grau de letalidade menor do que o das doenças supracitadas, esse ainda se apresenta significativo, sobretudo em pacientes idosos e/ou portadores de comorbidades (a citar: hipertensos, diabéticos, imunossuprimidos e portadores de distúrbios respiratórios) (SINGHAL, 2020).

Os mecanismos de contágio e nível de contaminação ambiental ainda não são totalmente elucidados, e sugere-se que a frequente forma de apresentação assintomática da COVID-19 seja uma das plausíveis justificativas para a sua alta taxa de disseminação na população. Segundo o *Centers for Disease Control and Prevention* (2020), as principais vias de contaminação são contato interpessoal, via gotículas do trato respiratório (tosse ou espirros) e contato de superfícies contaminadas com os olhos, boca ou nariz. Também há evidências de possível contaminação por via fecal-oral (ZHANG et al., 2020). Após um período de incubação que varia de 2 a 14 dias, a COVID-19 pode manifestar-se com tosse seca, febre, dispneia, rinorreia, anosmia, ageusia, vômitos, diarreia e/ou demais sintomas inespecíficos. Apesar de usualmente cursar com quadros leves ou assintomáticos, pode evoluir de forma agressiva e requerer hospitalização e tratamento intensivo. Complicações descritas incluem: pneumonia severa, injúria pulmonar aguda, disfunção de múltiplos órgãos, choque e óbito (SINGHAL, 2020).

O cuidado com a saúde ocular durante os tempos de pandemia é um assunto que não vem sendo muito discutido na literatura científica, a despeito de sua extrema relevância. Este artigo se trata de uma revisão narrativa que visa descrever as principais informações disponíveis na literatura vigente, incluindo: acometimento oftalmológico da COVID-19, contaminação via secreções lacrimais, atenção à saúde ocular em pacientes em tratamento/hospitalizados devido à COVID-19 e cuidados oftalmológicos necessários durante o período de isolamento social.

2 | DESENVOLVIMENTO

2.1 Manifestações oculares da COVID-19

A afecção ocular por patógenos do trato respiratório é um evento já bem descrito na literatura médica, sendo que uma porção significativa destes microorganismos possuem tropismo pelo tecido ocular (HONG et al., 2020). Apesar de ainda não ser bastante

divulgada como manifestação da COVID-19, já existem vários relatos de acometimento oftalmológico sob a forma de conjuntivite em pacientes acometidos pela enfermidade, o que deve ser considerado, visto que, apesar de incomum, essa também é uma manifestação sintomatológica da infecção por outros vírus da família *Coronaviridae*, sobretudo aquela ocasionada pelo coronavírus humano NL-63 (VABRET et al., 2005; VAN DER HOEK et al., 2004).

O SARS-CoV-2, similarmente ao SARS-CoV-1, possui um sítio de ligação a receptores que possibilita infecção celular via enzima-conversora-de-angiotensina-2 (ECA2); assim sendo, considera-se que o globo ocular, que possui um sistema renina-angiotensina próprio, poderia ser uma das vias de entrada do vírus no organismo (HONG et al., 2020; SEAH e AGRAWAL, 2020; WAN et al., 2020). Ademais, ressalta-se que o SARS-CoV-2 pode infectar o epitélio mucoso e linfócitos, estruturas que estão presentes em abundância na conjuntiva ocular, justificando a reação inflamatória que pode ser desencadeada neste tecido (HONG et al., 2020)

Em uma série de casos realizada na província de Hubei, na China, Wu et al. (2020) descreveram sintomas oculares compatíveis com conjuntivite viral em cerca de 30% de uma amostra de 38 pacientes diagnosticados com COVID-19, sendo os sintomas mais comuns: epífora, quemose, hiperemia conjuntival e abundância de secreção. Um dado relevante é que tal sintomatologia se apresentou mais prevalente em pacientes com quadros graves da doença, os quais usualmente apresentavam mais alterações nos exames laboratoriais.

Similarmente, Hong et al. (2020) avaliaram uma amostra de 56 pacientes diagnosticados com COVID-19, sendo que sinais e sintomas de conjuntivite viral estiveram presentes em 15 dos pacientes. Um achado relevante deste estudo é que, em 6 dos pacientes, a sintomatologia ocular precedeu o quadro respiratório/sistêmico, sugerindo que a conjuntivite viral pode ser um sinal prodromico da patologia. Os autores postularam que tais casos ocorram quando a conjuntiva ocular atua como porta de entrada da infecção no organismo.

É necessário destacar, adicionalmente, que estudos prévios realizados em felinos e murinos já documentaram formas de acometimento ocular por vírus *Coronaviridae* diferentes da conjuntivite, como uveíte, retinite e neurite óptica (SEAH e AGRAWAL, 2020). Em relação à COVID-19, já foram descritos achados retinográficos como exsudatos algodinosos e microhemorragias em pacientes acometidos pela patologia; ademais, via tomografia de coerência óptica, já foram constatadas lesões hiper-reflexivas na camada de células ganglionares e na camada plexiforme interna, as quais poderiam estar associadas às manifestações neurológicas do SARS-CoV-2 (MARINHO et al., 2020). Ressalta-se, todavia, que estudos posteriores são necessários para um maior esclarecimento acerca dos mecanismos fisiopatológicos do possível acometimento retiniano do SARS-CoV-2.

Na atual situação mundial, é prudente para o profissional de saúde indagar os pacientes com manifestações de conjuntivite viral sobre contato com pessoas infectadas (ou

com suspeita de infecção) por COVID-19 e histórico de viagens recentes para localidades com focos de disseminação da doença, considerando que o acometimento ocular pode ser um sinal precoce da patologia.

2.2 Transmissão da COVID-19 via secreções lacrimais

Apesar de não haver evidências consolidadas de acometimento ocular por SARS-CoV-1, um estudo realizado por Loon et al. (2004) evidenciou a presença de material genético do vírus, via reação em cadeia da polimerase (PCR), no menisco lacrimal de 3 pacientes em um grupo de 36 possivelmente infectados, sugerindo que o fluido lacrimal seria uma forma de disseminação do vírus. Postula-se que a transmissão via secreções lacrimais da COVID-19 é uma possível, mas incomum, forma de disseminação da patologia, sobretudo em pacientes que apresentaram manifestações oculares no decurso da doença (WU et al. 2020).

Um dos primeiros trabalhos publicados acerca da temática foi um estudo prospectivo conduzido por Seah et al. (2020), que sugeriu que as chances de contaminação por secreções lacrimais seriam baixas, visto que não detectaram RNA viral no menisco lacrimal de 17 pacientes portadores de COVID-19 através da análise das amostras por reação em cadeia da polimerase-transcriptase reversa (RT-PCR) e isolamento viral. Wu et al. (2020) encontraram resultados positivos para análise de PCR conjuntival em 2 indivíduos de uma amostra de 38 pacientes diagnosticados com COVID-19, sendo que ambos apresentaram quadro de conjuntivite viral.

Colavita et al. (2020) relataram a detecção de material viral no swab conjuntival no terceiro dia de sintomas de uma paciente de 65 anos diagnosticada com COVID-19, a qual cursava com quadro de conjuntivite bilateral associado a sintomas respiratórios; isso demonstrou que a infectividade do fluido lacrimal pode apresentar-se em estágios precoces da patologia. A paciente foi submetida à coleta diária de amostras de swab conjuntival e evidenciou-se que as partículas virais puderam ser detectadas 5 dias após a negatividade dos testes de swab nasal, mesmo com a resolução do quadro de conjuntivite.

Considerando que transmissão da COVID-19 por via lacrimal é uma possibilidade plausível, são necessárias medidas adicionais de precaução para evitar contaminações, especialmente em relação aos profissionais da oftalmologia. O uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) adequados e a higienização rigorosa dos instrumentos oftalmológicos que envolvam contato direto com os olhos deverão ser ainda mais estimulados, especialmente ao se lidar com pacientes que apresentam quadro clínico suspeito.

2.3 Tratamento da COVID-19 e saúde ocular

Além das manifestações diretas da COVID-19 nos olhos, é importante atentar para possíveis complicações decorrentes do tratamento dessa enfermidade. Muitos dos pacientes graves podem requerer internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

e ventilação mecânica, um ambiente já sabidamente propenso para o desenvolvimento de doenças oculares severas (PAREKH et al., 2018). Edema conjuntival (pela estase venosa ocasionada por ventilação com pressão positiva) e ceratite infecciosa com abrasão corneana são alterações frequentes em pacientes internados em UTI sendo essa última uma condição que pode levar à cegueira, sobretudo em pacientes idosos e com múltiplas comorbidades (DUA, 1998; TING, 2020).

Ting et al. (2020) sugeriram variadas medidas práticas de prevenção que podem evitar graves complicações na saúde ocular dos pacientes internados em UTIs, como perfuração corneana e necessidade de evisceração ocular; dentre elas: assegurar que os olhos estão bem fechados com fita; instilar pomada de cloranfenicol 1% a cada 6-8 horas; evitar contaminar os olhos com secreções respiratórias durante a aspiração; e contactar prontamente um oftalmologista se a córnea aparentar estar opaca ou parcialmente/totalmente esbranquiçada.

O protocolo de tratamento farmacológico para COVID-19 ainda não é definido, mas existem alternativas atualmente em estudo, incluindo redesmevir, dexametasona, ivermectina, cloroquina e hidroxicloroquina. Uma atenção especial deve ser dada aos dois últimos, devido aos seus efeitos adversos já conhecidos, incluindo a maculopatia, que pode evoluir para amaurose irreversível. Ainda não se sabe a retinotoxicidade de tais drogas nos regimes terapêuticos que estão sendo adotados, logo, é importante que os profissionais de saúde levem em consideração possíveis doenças oculares pré-existentes se optarem por prescrevê-las (RUAMVIBOONSUK et al., 2020).

2.4 Isolamento social: um fator de risco para a miopia?

É necessário ressaltar que os cuidados com a saúde ocular não devem se restringir aos centros de saúde. A adoção do isolamento social prolongado como forma de contenção do crescimento da pandemia mostrou-se extremamente eficaz. Contudo, o excesso de tempo dentro de casa e o uso excessivo de trabalho de perto (uso de eletrônicos, leitura, entre outros) já são amplamente reconhecidos importantes fatores de risco para o desenvolvimento de miopia, sobretudo em pacientes com disfunções acomodativas (HARB; THORN; TROILO, 2006).

Navel, Beze e Dutheil (2020) estimam que a exposição simultânea de mais de 3 bilhões de pessoas a esses importantes a esses fatores de risco possam levar a um aumento significativo da incidência de miopia após o período de contingenciamento. Estabelecer limites diários para o uso eletrônicos para crianças e adolescentes é uma importante, mas difícil atitude durante do período de isolamento social. Uma alternativa viável para regular a visão de perto é a “regra 20-20-20” da *American Academy of Ophthalmology*, que consiste em realizar uma pausa de 20 segundos e olhar a 20 pés de distância a cada 20 minutos de trabalho de perto (STUART, 2020).

31 CONCLUSÃO

Considerando a heterogeneidade de manifestações clínicas da COVID-19 e o atual impacto dessa patologia na sociedade, é compreensível que a importância da saúde ocular não tenha ganhado destaque na literatura científica. Todavia, além de extremamente relevante, os cuidados e conhecimentos requeridos para os profissionais de saúde referentes à saúde ocular são facilmente aplicáveis, podem prevenir sequelas visuais importantes e permitem uma atenção holística dos pacientes.

REFERÊNCIAS

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **How COVID-19 Spreads**, [S.l.], 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/how-covid-spreads.html>. Acesso em: 20 de agosto de 2020.

COLAVITA, F. et al. SARS-CoV-2 Isolation From Ocular Secretions of a Patient With COVID-19 in Italy With Prolonged Viral RNA Detection. *Annals of Internal Medicine*, [S.l.], v. 173, n.3, p. 242-243. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7175424/>. Acesso em: 20 de agosto de 2020.

DUA, H.S. Bacterial keratitis in the critically ill and comatose patient. *Lancet*, [S.l.], v.351, n.9100, p.387-388, ago. 1998. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(05\)78351-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)78351-3/fulltext). Acesso em: 20 de agosto de 2020.

HARB, E.; THORN, F.; TROILO, D. Characteristics of accommodative behavior during sustained reading in emmetropes and myopes. *Vision Research*, [S.l.], v.46, n.16, p. 2581– 2592, ago 2006. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0042698906000769?via%3Dihub>. Acesso em: 20 de agosto de 2020.

HONG, N. et al. Evaluation of ocular symptoms and tropism of SARS-CoV-2 in patients confirmed with COVID-19. *Acta Ophthalmologica*, [S.l.], abr. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32336042/>. Acesso em: 20 de agosto de 2020.

LOON, S. et al. The severe acute respiratory syndrome coronavirus in tears, *British Journal of Ophthalmology*, [S.l.], v.88, n.7, p. 861-863, jun. 2004. Disponível em: <https://bjo.bmj.com/content/bjophthalmol/88/7/861.full.pdf>. Acesso em: 20 de agosto de 2020.

MARINHO, P.M. et al. Retinal findings in patients with COVID-19. *Lancet*, [S.l.] 395(10237): 1610, maio 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32405105/>. Acesso em: 20 de agosto de 2020.

NAVEL, V.; BEZE, S.; DUTHEIL, F. COVID-19, sweat, tears... and myopia? *Clinical and Experimental Optometry*, [S.l.], v.103, n.4, p.555, maio 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7273058/>. Acesso em: 20 de agosto de 2020.

PAREKH, P.H., et al. Ophthalmology in Critical Care. *Annals of the American Thoracic Society*, [S.l.], n.16, v.8, n.957-966, ago. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31091984/>. Acesso em: 20 de agosto de 2020.

REVIGLIO, V.E. et al. COVID-19 and Ophthalmology: A New Chapter in an Old Story. *Medical Hypothesis, Discovery and Innovation in Ophthalmology*, [S.l.], v.9, n.2, p. 71-73., mar. 2020. Disponível em: <http://mehdijournal.com/index.php/mehdiophthalmol/article/view/794/0>. Acesso em: 17 de agosto de 2020.

RITCHIE, H.; et al. Coronavirus (COVID-19) Deaths. **OurWorldInData.org**, [S.I.], 2020. Disponível em: <https://ourworldindata.org/covid-deaths>. Acesso em: 17 de agosto de 2020.

RUAMVIBOONSUK, P et al. Chloroquine and Hydroxychloroquine Retinal Toxicity Consideration in the Treatment of COVID-19. *Asia-Pacific Journal of Ophthalmology*, [S.I.], n.9, v.2, p.85-87, mar-abr. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32349115/>. Acesso em: 20 de agosto de 2020.

SEAH, I.; AGRAWAL, R. Can the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Affect the Eyes? A Review of Coronaviruses and Ocular Implications in Humans and Animals. **Ocular Immunology and Inflammation**, [S.I.], v. 28, n. 3, p. 391-395, mar. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7103678/>. Acesso em: 17 de agosto de 2020.

SEAH, I.Y.J. et al. Assessing Viral Shedding and Infectivity of Tears in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Patients. **Ophthalmology**, [S.I.], 24 mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.optha.2020.03.026>. Acesso em: 17 de agosto de 2020.

SINGHAL, T. A Review of Coronavirus Disease-2019. **Indian Journal of Pediatrics**, [S.I.], v.87, n.4, p.281-286, mar. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7090728/>. Acesso em: 16 de agosto de 2020.

SOHRABI, C. et al. World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). **International Journal of Surgery**, [S.I.], v.76, p.71-76, abr. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32112977/>. Acesso em: 16 de agosto de 2020.

STUART, A. Facing the Myopia Epidemic. **AAO.org**, [S.I.], jan. 2020. Disponível em: <https://www.aao.org/eyenet/article/facing-the-myopia-epidemic?january-2020>. Acesso em 21 de agosto de 2020.

TING, D.S.J. et al. Care for critically ill patients with COVID-19: don't forget the eyes. **Eye**, [S.I.], v.34, p.1253-1254, maio 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41433-020-0959-0>. Acesso em: 20 de agosto de 2020.

VABRET, A. et al. Human coronavirus NL63, France. **Emerging Infectious Diseases**, [S.I.], v.11, n.8, p.1225-1229, ago. 2005. Disponível em: doi:10.3201/eid1108.050110. Acesso em: 20 de agosto de 2020.

VAN DER HOEK, L. et al. Identification of a new human coronavirus. **Nature Medicine**, [S.I.], v.10, n.4 p.368-73, mar. 2004. Disponível em: 10.1038/nm1024. Acesso em: 20 de agosto de 2020.

WAN, Y. et al. Receptor recognition by novel coronavirus from Wuhan: an analysis based on decade-long structural studies of SARS. **Journal of Virology**, [S.I.], v. 94, n. 7, mar. 2020. Disponível em: <https://jvi.asm.org/content/94/7/e00127-20>. Acesso em: 20 de agosto de 2020.

WU, P. et al. Characteristics of Ocular Findings of Patients With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Hubei Province, China. **JAMA Ophthalmology**, [S.I.], mar. 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamaophthalmology/fullarticle/2764083>. Acesso em 20 de agosto de 2020.

ZHANG, W. et al. Molecular and serological investigation of 2019-nCoV infected patients: implication of multiple shedding routes. **Emerging Microbes and Infections**. [S.I.], v. 9, n. 1, p. 386-389, fev. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7048229/>. Acesso em: 20 de agosto de 2020.

CAPÍTULO 9

DESAFIO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA FRENTE AO ACONSELHAMENTO DOS TESTES-RÁPIDOS

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 07/07/2020

Fernanda Souza Dias

Centro Universitário Luterano de Palmas,
Residência Multiprofissional em Saúde da
Família e Comunidade
Palmas-Tocantins
<http://lattes.cnpq.br/6742741377608284>

Elizianne da Costa Pinto

Centro Universitário Luterano de Palmas,
Residência Multiprofissional em Saúde da
Família e Comunidade
Palmas-Tocantins
<http://lattes.cnpq.br/2275616388640491>

RESUMO: Introdução: Passaram-se décadas desde o surgimento da AIDS e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), mas ainda são consideradas problemas de Saúde Pública. A chegada do teste-rápido na Saúde Pública foi um marco no que tange ao diagnóstico precoce, trazendo avanço para o diagnóstico não somente de HIV, mas Sífilis e Hepatite B e C. A capacitação dos profissionais é de suma importância, devido ao pouco conhecimento sobre a temática ofertado desde os cursos de graduação, originando uma fragilidade que pode comprometer esse processo. O aconselhamento pré-teste e após promove a sensibilização para a prevenção, contribui na adesão ao tratamento e pode reduzir o impacto do diagnóstico. Objetivo: Realizar uma Revisão Integrativa de Literatura à

cerca do desafio dos profissionais de saúde da Atenção Básica frente ao aconselhamento dos testes-rápidos. Método: Baseia-se em estudo bibliográfico, descritivo, tipo revisão integrativa, entre os anos de 2013 a 2019, formada por 13 artigos encontrados nas bases de dados referenciais mundiais em saúde, utilizando o descritor aconselhamento. Foram incluídos os artigos relevantes a temática da pesquisa, e excluídos os que não estão neste contexto. Resultados: Os profissionais reconhecem a importância do aconselhamento como estratégia de cuidado. Quando ocorre resultado positivo não se sentem confortáveis em noticiar, isso se deve ao estigma enraizado historicamente ao HIV. Alguns profissionais sentem-se despreparados para lidar com as possíveis reações do paciente, o que pode gerar o desestímulo a não serem testadores ou possível remanejamento dessas situações para outros profissionais, como os psicólogos. Considerações Finais: O aconselhamento exige a habilidade de lidar com um amplo conhecimento para sanar dúvidas e exige alteridade por parte do profissional de saúde. Deve ocorrer troca de informações, apoio emocional e avaliação de riscos. Deve-se ofertar estratégias no que se refere a capacitação sobre aconselhamento. Ofertando assim uma assistência humanizada.

PALAVRAS-CHAVE: Aconselhamento. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Atenção Primária à Saúde.

CHALLENGE OF PRIMARY HEALTHCARE PROFESSIONALS FACING RAPID-TEST COUNSELING

ABSTRACT: It's been decades since the onset of AIDS and other Sexually Transmitted Infections (STIs), but they are still considered public health problems. The arrival of the rapid test in Public Health was a milestone regarding early diagnosis, bringing advance not only HIV's diagnosis but also Syphilis and Hepatitis B and C. The qualification of professionals is of paramount importance, given the little knowledge on the theme offered since undergraduate courses, resulting in a frailty that can compromise this process. Pre-test and post-counseling promotes awareness of prevention, contributes to treatment adherence and can reduce the impact of diagnosis. Objective: To conduct an Integrative Literature Review on the challenge of primary healthcare professionals facing rapid-test counseling. Method: It is based on a descriptive bibliographic study, integrative review, between the years 2013 to 2019, formed by 13 articles found in the world's reference health databases, using the descriptor counseling. Articles relevant to the research theme were included, and those not in this context were excluded. Results: Professionals recognize the importance of counseling as a care strategy. When positive results occur, are not comfortable reporting, this is mainly due to the historically tied to the stigma of HIV. Some professionals feel unprepared to deal with possible patient reactions, which can lead to discouragement from not being testers or possible relocation of these situations to other professionals, such as psychologists. Final Considerations: Counseling requires the ability to deal with extensive knowledge to resolve doubts and requires otherness on the part of the healthcare professional. Information exchange, emotional support, and risk assessment are essential. Strategies for counseling training should be offered. Thus offering a humanized assistance.

KEYWORDS: Counselling. Sexually Transmitted Diseases. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

Passaram-se décadas do surgimento da AIDS e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), mas ainda são consideradas problemas de Saúde Pública, devido à sua magnitude e dificuldade de acesso ao tratamento efetivo.

Estima-se que, em 2016, 1 milhão de pessoas morreram por doenças relacionadas ao HIV. A chegada do teste rápido na saúde pública foi um marco no que se diz respeito ao diagnóstico precoce, trazendo avanço para o diagnóstico não somente de HIV, mas Sífilis e Hepatite B e C. Sua oferta é estabelecida no SUS pela Portaria nº 151, de 14 de outubro de 2009, trazendo uma nova configuração ao diagnóstico para o HIV. A nível nacional, a oferta de teste rápido para HIV e sífilis e aconselhamento nas unidades básicas de saúde, passaram a ser preconizadas através da Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012.

Uma das vantagens da testagem na atenção básica é o alcance de um maior número de pessoas, por ser a principal porta de entrada destes usuários ao serviço. Os profissionais de saúde da atenção básica são essenciais no cuidado integral ao usuário.

A capacitação dos profissionais e o matriciamento são de fundamental importância, tendo em vista o pouco conhecimento da temática ofertado desde os cursos de graduação,

o que pode originar uma fragilidade comprometendo esse processo.

Quando não ocorre a sensibilização destes profissionais pode gerar uma tecnicização do teste. O aconselhamento, pré-teste e após desempenham um papel importante no diagnóstico na qualidade da atenção à saúde, contribui não apenas para a promoção da atenção integral, mas faz possível avaliar riscos dos usuários em suas especificidades ou segmento populacional. Inclui também cuidar dos aspectos emocionais, tendo como foco a saúde sexual e reprodutiva, o uso de drogas e os direitos humanos do paciente.

Além de promover a sensibilização para a prevenção, contribui na adesão ao tratamento e pode reduzir o impacto do diagnóstico.

OBJETIVO

Realizar uma Revisão Integrativa de Literatura à cerca do desafio dos profissionais de saúde da Atenção Básica frente ao aconselhamento dos testes-rápidos.

MÉTODO

Baseia-se em estudo bibliográfico, descritivo, tipo revisão integrativa, entre os anos de 2016 a 2018, formada por 13 artigos encontrados nas bases de dados referenciais mundiais em saúde, utilizando o descritor aconselhamento. Foram incluídos os artigos relevantes a temática da pesquisa, e excluídos os que não estão neste contexto.

RESULTADOS

Os profissionais da Atenção Básica reconhecem a importância do aconselhamento como estratégia de cuidado, não obstante, não ser realizado como é preconizado em função de fatores estruturais e operacionais. Quando ocorre resultado positivo os profissionais não se sentem confortáveis em noticiar, isso se deve ao estigma enraizado historicamente ao HIV. Alguns profissionais sentem-se despreparados para lidar com as possíveis reações do paciente, o que pode gerar o desestímulo a não serem testadores ou possível remanejamento dessas situações para outros profissionais, como os psicólogos.

AUTOR	TÍTULO	ANO
BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE	Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em Teste Rápido para HIV e Sífilis e Aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para gestantes	2013

ROCHA, K. B. et al.	Transversalizando a rede : o matriciamento na descentralização do aconselhamento e teste rápido para HIV , sífilis e hepatites.	2016
ZAMBENEDETTI, G.; AZEVEDO, R.	Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades.	2016
ARAUJO, G. M. DE et al.	Aconselhamento pré-testagem rápida: uma proposta de educação em saúde.	2017
NUNES, I.	Infecções Sexualmente Transmissíveis: desafio passado, presente ou futuro?	2017
SARAIVA, L. S.	Formação de profissionais de saúde para a qualificação no aconselhamento na realização dos testes rápido na atenção primária.	2017
EW, R. DE A. S. et al.	Estigma e teste rápido na Atenção Básica : percepção de usuários e profissionais.	2018
JUNIOR, J. A. A. et al.	Teste rápido para hiv : representações sociais de profissionais da atenção básica.	2018
PINTO, V. M. et al.	Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis : inquérito populacional no município de São Paulo , Brasil.	2018
PREVIATI, S.M. et al.	A importância do aconselhamento no exame rápido de HIV em gestantes durante o pré-natal	2019
ROCHA, K.B. et al.	Aconselhamento na perspectiva de profissionais da atenção básica: desafios na descentralização do teste rápido HIV/Aids	2018
WORLD HEALTH STATISTICS	Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals.	2018
SILVA, A.L.R. et al.	Representações sociais de trabalhadores da atenção básica à saúde sobre pessoas LGBT.	2019

DISCUSSÃO

De acordo com ROCHA et al. 2016, o aconselhamento é uma ferramenta que promove saúde através de um momento de conversa antes da realização do teste e outro pós-teste, para a exposição do resultado do. No entanto, segundo alguns profissionais de saúde não entendem claramente a diferença entre pré e pós-teste. Ambos concordam que os profissionais reconhecem a importância dessa ferramenta para possibilitar maior proximidade e vinculação entre usuário e serviço, proporcionar envolvimento do usuário em seu cuidado à saúde e sensibilização para a prevenção.

Para JUNIOR et al. 2018, o momento do aconselhamento pré-teste é essencial para a troca de informações entre o usuário e o profissional. Promove aproximação, estimulando uma relação de confiança, parceria e elucidação de dúvidas, proporcionando, pelo conhecimento das particularidades do indivíduo, a construção de estratégias para a promoção da saúde.

Ainda segundo ROCHA et al. 2018, o aconselhamento deve abordar os aspectos educativo/informativo, práticas sexuais/gestão de riscos e o suporte emocional, tanto no pré

quanto no pós-teste. No entanto, na grande maioria das vezes não há essa singularização nas abordagens informativas, priorizando-se o repasse de conhecimento técnico.

Por outro lado para ZAMBENEDETTI & AZEVEDO 2016, existe um receio entre os profissionais no que diz respeito à comunicação do diagnóstico de HIV reagente pela pressão do diagnóstico em si. Alguns profissionais relatam angústia em dar um diagnóstico positivo pela empatia para com o paciente. Ainda segundo ZAMBENEDETTI & AZEVEDO 2016, alguns profissionais relatam que a capacitação que fizeram não foi suficiente para desenvolverem a técnica de aconselhamento.

Para ROCHA et al., a percepção de que grande parte da capacitação estaria centrada na parte prática da execução do teste e não no aconselhamento, mesmo considerado mais complexo.

PREVIATI et al. 2019, dizem que revelaram que o tempo da capacitação não foi suficiente para deixar o profissional preparado para lidar com as outras etapas envolvidas no processo de testagem, como o aconselhamento e o encaminhamento do paciente com um resultado positivo para o HIV.

Para PREVIATI et al. 2019, o aconselhamento deve esclarecer aos pacientes sobre as formas de transmissão, de prevenção e de tratamento das IST, fazer com o paciente compreenda as situações de risco de infecção a que ele pode estar exposto, alertar para a necessidade de realizar medidas de autocuidado e de cuidado com seus contatos sexuais.

CONSIDERAÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

O aconselhamento exige a habilidade de lidar com um amplo conhecimento para sanar dúvidas e exige alteridade por parte do profissional de saúde. Deve ocorrer troca de informações, apoio emocional e avaliação de riscos. Deve-se ofertar estratégias no que se refere a capacitação sobre aconselhamento. Ofertando assim uma assistência humanizada. Implicações para Prática: É necessário que os profissionais de saúde da Atenção Básica estejam capacitados e seguros para a realização do aconselhamento pré e após testagem.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, G. M. DE et al. **Aconselhamento pré-testagem rápida: uma proposta de educação em saúde.** *Revista Espaço Ciência & Saúde*, v. 5, p. 61–73, jul. 2017.

BRASIL, M.S.; **Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em Teste Rápido para HIV e Sífilis e aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para gestantes**, 1ª edição, 2013.

EW, R. DE A. S. et al. **Estigm e teste rápido na Atenção Básica : percepção de usuários e profissionais.** *Revista Brasileira em Promoção de Saúde*, v. 31, n. 3, p. 1–11, 2018.

JUNIOR, J. A. A. et al. Teste rápido para hiv : representações sociais de profissionais da atenção básica. Rev baiana enferm, v. 32, n. 25885, p. 1–8, jul. 2018.

NUNES, I. Infecções Sexualmente Transmissíveis: desafio passado, presente ou futuro? Acta Obstet Ginecol Port, v. 11, n. 3, p. 158–159, 2017.

PINTO, V. M. et al. Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis : inquérito populacional no município de São Paulo , Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 2423–2432, ago. 2018.

PREVIATI, S.M. et al. A importância do aconselhamento no exame rápido de HIV em gestantes durante o pré-natal. J. Health Biol Sci. 2019; 7(1):75-81.

ROCHA, K. B. et al. Transversalizando a rede : o matriciamento na descentralização do aconselhamento e teste rápido para HIV , sífilis e hepatites. Saúde Debate, v. 40, p. 22–33, 2016.

SARAIVA, L. S. Formação de profissionais de saúde para a qualificação no aconselhamento na realização dos testes rápido na atenção primária. [s.l.] Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2017.

SILVA, A.L.R.; Representações sociais de trabalhadores da Atenção Básica à saúde sobre pessoas LGBT. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, 2019; 17(2):e

ZAMBENEDETTI, G.; AZEVEDO, R. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. Physis Revista de Saúde Coletiva, v. 26, n. 1809–4481, p. 785–806, fev. 2016.

World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

ENCEFALITIS POR *TOXOPLASMA GONDII* EN UN PACIENTE VIH POSITIVO: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 21/07/2020

Mario Iván Ruano Restrepo

Universidad de Caldas, Facultad de Ciencias
para la Salud
Manizales – Caldas
<https://orcid.org/0000-0002-6287-4913>

Liliana Patricia Ramírez Zuluaga

Universidad de Caldas, Facultad de Ciencias
para la Salud
Manizales – Caldas
<https://orcid.org/0000-0002-8644-4053>

Jhony Alejandro Díaz Vallejo

Universidad de Caldas, Facultad de Ciencias
para la Salud
Manizales – Caldas
<https://orcid.org/0000-0002-0784-6688>

Juan David Osorio Bermúdez

Universidad de Caldas, Facultad de Ciencias
para la Salud
Manizales – Caldas
<https://orcid.org/0000-0002-2590-6373>

RESUMEN: La encefalitis es una enfermedad de alto riesgo causada por patógenos oportunistas como son el *Treponema pallidum* y *Mycobacterium tuberculosis* (bacterias), *Cryptococcus neoformans* (hongo), *Papovavirus JC* (virus) y *Toxoplasma gondii* (protozoos), ocupa un lugar importante dentro de la patología neurológica del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y es causa de gran morbilidad y mortalidad en todo el mundo ¹. El *Toxoplasma*

gondii es un parásito específico de los gatos quienes son los huéspedes definitivos; el ser humano es un hospedero accidental, capaz de controlar la infección en condiciones de inmunidad normal ². La infección por *Toxoplasma gondii* en el paciente VIH positivo suele ser asintomática en la mayoría de los casos, pero en estadios de SIDA, la inmunosupresión facilita la reactivación de la enfermedad, debido a que se activan formas latentes del parásito que persistieron dentro de quistes tisulares. El sistema nervioso es la zona más frecuente de esta reactivación ^{4,5}. Encontrar compromiso cerebral en pacientes con antecedentes de infección por el VIH sugiere estadio SIDA; el pronóstico y la supervivencia de estos pacientes dependen de un diagnóstico y tratamiento oportuno y eficaz, por lo que se recomienda buscar y vigilar en estos enfermos otras patologías adquiridas. Se reporta el caso clínico de un paciente masculino de 40 años portador de VIH, con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida estadio 3, con síntomas neurológicos a causa de una reactivación de *Toxoplasma gondii*, un parásito oportunista intracelular obligado.

PALABRAS CLAVE: Encefalitis, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, VIH, *Toxoplasma*.

ENCEPHALITIS BY *TOXOPLASMA GONDII* IN AN HIV POSITIVE PATIENT: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Encephalitis is a high-risk disease caused by opportunistic pathogens such as *Treponema pallidum* and *Mycobacterium tuberculosis* (bacteria), *Cryptococcus*

neoformans (fungus), *Papovavirus JC* (virus) and *Toxoplasma gondii* (protozoa), occupying an important place within the neurological pathology of Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) and is a cause of great morbidity and mortality worldwide ¹. *Toxoplasma gondii* is a specific parasite of cats who are the definitive hosts; the human being is an accidental host, capable of controlling the infection under normal immunity conditions ². *Toxoplasma gondii* infection in the HIV positive patient is usually asymptomatic in most cases, but in AIDS stages, immunosuppression facilitates the reactivation of the disease, because latent forms of the parasite that persisted within tissue cysts are activated. The nervous system is the most frequent area of this reactivation ^{4,5}. Finding brain involvement in patients with a history of HIV infection suggests AIDS stage; the prognosis and survival of these patients depend on a timely and effective diagnosis and treatment, so it is recommended to look for and monitor other acquired diseases in these patients. The clinical case of a 40-year-old male patient with HIV is reported, with Acquired Immunodeficiency Syndrome stage 3, with neurological symptoms due to a reactivation of *Toxoplasma gondii*, an obligate intracellular opportunistic parasite.

KEYWORDS: Encephalitis, Acquired Immunodeficiency Syndrome, HIV, Toxoplasma.

1 | INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se detectó por primera vez en 1981 en hombres homosexuales en los Estados Unidos, siendo Robert Gallo, del Cancer National Institute de Bethesda, y Luc Montagnier del Instituto Louis Pasteur de París, los descubridores del agente causal en 1983. Las alteraciones inmunológicas son las responsables de todo el proceso de este síndrome, que se encuentra diseminado en el mundo entero ^{6,7}.

Existe un incremento de reportes e información sobre complicaciones neurológicas, psiquiátricas y psicológicas por patógenos oportunistas que afectan cualquier sitio del sistema nervioso, con manifestaciones en aproximadamente un tercio de los pacientes con SIDA que llevan a considerable morbilidad y mortalidad ⁸.

La infección aguda por *Toxoplasma* está estrechamente relacionada con hábitos de higiene y alimentarios, es asintomática en alrededor del 90% de las personas sanas y permanece latente por largo tiempo. La inmunosupresión progresiva ocasionada por el VIH, puede reactivar el parásito con infección difusa de todo el sistema nervioso central y ocasiona-encefalitis, que consiste en inflamación y lesión tanto del cerebro como de sus meninges lo que lleva a graves secuelas, daño cerebral severo y permanente o déficit cognitivo. Los pacientes que tienen menos de 200 linfocitos T CD4+ presentan más frecuentemente neurotoxoplasmosis, en casi el 90% de los casos ^{10,11}.

La seropositividad de *Toxoplasma gondii* en pacientes VIH positivos puede variar entre el 30 al 90% en todo el mundo, lo que constituye la causa más común de infección oportunista del sistema nervioso central en pacientes con SIDA. En los pacientes VIH positivos con anticuerpos séricos de *Toxoplasma gondii*, el riesgo de desarrollar

toxoplasmosis en los próximos 2 años es de alrededor del 35% ^{8,12}.

La finalidad de este reporte de caso es enfatizar la presentación clínica de esta enfermedad, y resaltar la necesidad de un diagnóstico y tratamiento oportuno y eficaz, para lograr un adecuado control y disminuir su letalidad.

2 | PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un hombre de 40 años, sin antecedentes conocidos, internado en una institución penitenciaria de Manizales; ingresó al servicio de urgencias de una institución de cuarto nivel de esta ciudad el día 15 de enero de 2019 por cuadro clínico de aproximadamente 1 mes de evolución consistente en dolor retro ocular derecho, 1 día antes del ingreso manifiesta alza térmica y deterioro de su estado de consciencia acompañado de mutismo, rigidez generalizada, pérdida de control de esfínteres, taquicardia, somnolencia y desorientación. Por estos hallazgos se sospecha cuadro neurológico agudo. A la valoración por medicina interna se encuentra estuporoso, con Glasgow 11/15, presión arterial 119/81 mmHg, frecuencia cardiaca 67 latidos por minuto, saturación de O₂ 96%, temperatura 38° y frecuencia respiratoria 27 respiraciones por minuto. El resto del examen físico no presenta alteraciones.

Los exámenes complementarios reportan ELISA para VIH positivo y tomografía axial computarizada (TAC) de cráneo simple que demuestra múltiples focos nodulares densos con edema vasogénico en sustancia gris (figura 1). Se inició manejo para meningitis de acuerdo con protocolo institucional con ceftriaxona 2 g cada 12 horas, vancomicina 1.2 g cada 8 horas y ampicilina 2 g cada 4 horas.

Por persistencia y agravamiento de sintomatología es llevado a UCI, donde se confirma SIDA estadio 3 con recuento de linfocitos CD4+ de 36 cel/mm³ y se le hace resonancia magnética (RM) cerebral que reporta cambios compatibles con lesiones inflamatorias y estigmas hemorrágicos de encefalitis por toxoplasma (figura 2), por lo cual se suspende el tratamiento antibiótico y se inicia trimetoprim/sulfametoxazol. El diagnóstico de toxoplasmosis se confirmó con reporte positivo de inmunoglobulinas específicas para el parásito. Ante la mejoría de los síntomas es trasladado a sala de hospitalización general.

Un mes después se le realiza biopsia cerebral con toma de muestras para cultivos, los cuales fueron negativos para gérmenes comunes, se evidencia mejoría neurológica (normalización del estado de consciencia y recuperación de la fuerza en las extremidades), aunque persistía la disartria sin evidencia de alteración deglutoria ni otros signos neurológicos. Por tal motivo se realiza cambio de la dosis terapéutica de trimetoprim/sulfametoxazol a dosis profiláctica por tiempo indefinido y se decide dar alta al paciente, con indicación de iniciar terapia antirretroviral y orden de control ambulatorio por infectología.

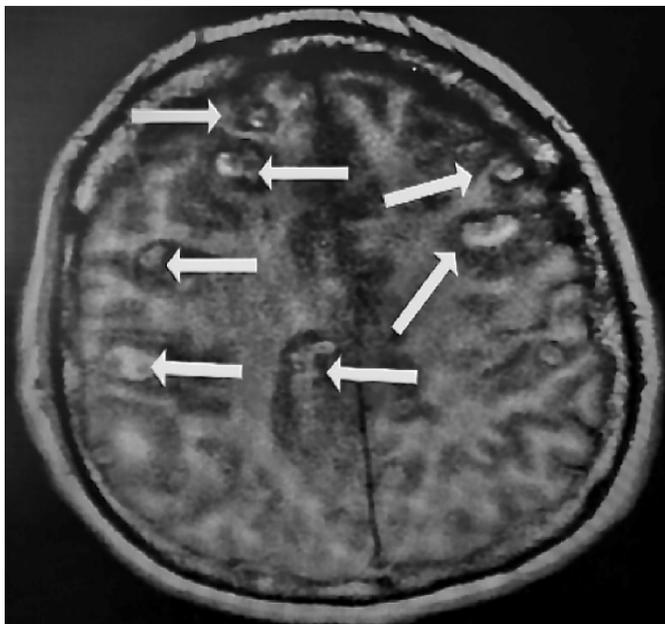


Figura 1. TAC cerebral que evidencia múltiples focos nodulares densos y con edema vasogénico comprometiendo especialmente sustancia gris

3 | DISCUSIÓN

El incremento de la prevalencia e incidencia de la infección por el VIH en nuestro medio ha hecho que sea indispensable hacer un tamizaje para el diagnóstico de este retrovirus patógeno en pacientes que presenten hallazgos relacionados con enfermedad oportunista.

Toxoplasma gondii es un microorganismo eucariota unicelular, perteneciente a la familia de los coccidios y dentro de éstos, a un grupo llamado Apicomplexa, con capacidad de invadir todas las células nucleadas del organismo, especialmente en pacientes inmunocomprometidos con menos de $200 \text{ CD4}^+/\text{mm}^3$, con un mayor tropismo por el cerebro lo que conlleva a desarrollar al desarrollo de encefalitis, y en otros casos, neumonitis o miocarditis ^{2,8}.

La mayoría de las infecciones por *Toxoplasma gondii* son benignas y asintomáticas, en aproximadamente el 80 a 90% de los casos. Los síntomas tan solo aparecen cuando los parásitos pasan de la sangre a los tejidos, al adoptar formas intracelulares conocidas como taquizoítos, con capacidad de producir necrosis por activación de una respuesta inflamatoria exacerbada por parte del hospedador. Después de un tiempo, se activan los linfocitos CD4^+ y CD154 y se genera óxido nítrico (NO), que activa la respuesta inmune celular de tipo Th1, y termina con estímulo de la producción de anticuerpos específicos que controlan la proliferación del parásito y generalmente detienen la infección ^{15,16}.

El parásito en personas inmunocompetentes tiende a manifestarse con fiebre, malestar, sudoración nocturna, mialgias, odinofagia, rash maculopapular, hepatoesplenomegalia y linfadenopatía no dolorosa, al final de lo cual quedan formas latentes, en el sistema nervioso central, ojo, músculo estriado y músculo liso como los sitios más frecuentemente afectados.

La encefalitis en pacientes inmunosuprimidos puede generar estado mental alterado, cefalea, crisis convulsiva, hemorragia, debilidad, alteraciones de nervios craneales, anomalías sensitivas, signos cerebelosos, trastornos motores de inicio subagudo, que causan lesiones múltiples en núcleos basales, tálamo y unión cortico medular ^{8,17}.

El diagnóstico presuntivo de esta patología, se confirma si el paciente inmunosuprimido presenta un síndrome clínico neurológico compatible, presenta seropositividad para anticuerpos IgG para *Toxoplasma gondii* y las imágenes cerebrales demuestran un aspecto típico radiológico como son múltiples lesiones cerebrales en anillo, a menudo asociadas con edema y, más aún, si tiene recuento menor a 100 células/mm³ de linfocitos TCD4+ ^{19,20}.

Los diagnósticos diferenciales incluyen el linfoma del sistema nervioso central, leuco encefalopatía multifocal progresiva, infecciones bacterianas como por *Treponema pallidum* y *Mycobacterium tuberculosis*, micóticas como *Cryptococcus neoformans* o virales como *virus de Epstein-Barr*, *Papovavirus JC*, entre otras, que se pueden descartar ^{1,20}.

El paciente de este caso presentó un cuadro neurológico subagudo compatible con infección. Se decidió realizar prueba de ELISA para VIH. Al resultar positiva, se sospecha asociación con una infección oportunista, las neuroimágenes permitieron apreciar lesiones compatibles con toxoplasmosis, confirmada con anticuerpos específicos lo que llevó a instaurar el tratamiento específico.

El tratamiento para la toxoplasmosis en pacientes con SIDA incluye medicamentos contra *T. gondii*, así como terapia antirretroviral (HAART por sus siglas en inglés), para la recuperación inmune. Se debe iniciar el tratamiento con el fin de minimizar la posibilidad de secuelas neurológicas, seguido de terapia de mantenimiento para la prevención de recurrencia.

Es de anotar que el tratamiento recomendado incluye sulfadiazina (1000 mg cuatro veces al día en pacientes <60 kg o 1500 mg cuatro veces al día en pacientes ≥60 kg) y pirimetamina (dosis de carga de 200 mg seguida de 50 mg diarios en pacientes <60 kg o 75 mg diarios en pacientes ≥60 kg); sin embargo, son medicamentos asociados con una alta frecuencia de reacciones adversas y tienen limitada disponibilidad en el ámbito hospitalario, por lo que se tiene como opción adicional el uso de trimetoprim-sulfametoxazol (trimetoprim 5 mg/kg y sulfametoxazol 25 mg/kg por vía oral o intravenosa dos veces al día), que ha demostrado eficacia en estos casos y es actualmente el más utilizado en nuestro medio. Otra alternativa en pacientes que no toleran los regímenes de primera línea puede ser el uso de atovacuona 1500 mg cada 24 horas, clindamicina 600 mg cada 8 horas y el uso de terapias complementarias como corticosteroides y anticonvulsivantes.

La terapia antirretroviral se debe iniciar a las 2 semanas después de iniciado el tratamiento para la toxoplasmosis, y que se considere evidente que el paciente tolere dicha terapia, con el fin de lograr reducir la morbilidad y mortalidad que puede llegar a causar²⁰⁻²⁴.

4 | CONCLUSIÓN

En los pacientes con inmunosupresión y sintomatología neurológica es indispensable descartar, en primera instancia, una infección oportunista como es el toxoplasma, de alta prevalencia en estos pacientes, siendo la prueba de oro para el diagnóstico los títulos de IgM e IgG positivos para toxoplasma al momento del estudio. Es importante establecer un diagnóstico temprano de la enfermedad para instaurar opciones terapéuticas oportunas y eficaces con el fin de disminuir la morbimortalidad secundaria a esta patología en particular ya que presentan una alta tasa de morbimortalidad de alto impacto.

REFERÊNCIAS

1. GÓMEZ, M. A.; CABALLERO, I. R.; DEVESA, C. L.; DONO, J. S.; MARTÍNEZ, J. L.; MARTINO, V. **Meningitis simultánea por Candida y tuberculosis como debut de sida**. An. Med Interna, v. 18, n. 9; p. 479-480, 2001.
2. BOTERO, D. **Parasitosis Humanas**. 5 ed. Medellín: Corporación para investigaciones biológicas, 2012.
3. REMINGTON, J. S. **Toxoplasmosis in the adult**. Bulletin of New York Academy of Medicine, v. 50, n. 2, p. 211-277, 1974.
4. CORTÉS, L. J.; ARÉVALO, A.; DUQUE, S. **Aislamiento de Toxoplasma gondii a partir de líquido cefalorraquídeo de dos pacientes VIH positivos**. Infectio, v. 17, n. 2, p. 61-65, 2013.
5. DING, X.; XU, J.; LU, Z.; XU, H.; LONG, Q.; ZHOU, J. **MRI characterization of toxoplasma encephalopathy in patients with AIDS**. Radiology of Infectious Diseases, v. 4, n. 95, p. 95-101, 2017.
6. PETERMAN, T. A.; ZAIDI, A. A.; WROTEN, J. **Decreasing prevalence hides a high HIV incidence**. AIDS, Miami, v. 9, n. 8, p. 965-970, 1995.
7. GOSSOP, M.; POWIS, B.; GRIFFITHS, P.; STRANG, J. **Female prostitutes in south London: use of heroin, cocaine and alcohol, and their relationship to health risk behaviours**. AIDS Care, v. 7, n. 3, p. 253-260, 1995.
8. CASANOVA, P. **Toxoplasmosis cerebral durante la infección por el virus de inmunodeficiencia humana**. Rev Cubana Med, v. 41, n. 5, p. 297-302, 2002.
9. MANDELL, G. L.; BENNETT, J. E.; DOLIN, R. **Principles and practice of infectious diseases**. 8 ed. Vol. 2. Philadelphia: Elsevier Health Science, 2015.

10. SÁNCHEZ, C.; YURGAKY, J.; RODRÍGUEZ, F. **Toxoplasmosis pulmonar en paciente inmunocompetente: reporte de caso y revisión de literatura.** Rev Fac Med, v. 17, n. 2, p. 268-273, 2009.
11. MERCADER, J. M.; BERENQUER, J.; PUJOL, T. **Diagnóstico por imagen de la afectación cerebral en el SIDA.** Rev Neurol, v. 24, p. 1577-1589, 1996.
12. GONGORA, F.; SANTOS, J.; MORENO, T.; CALZADA, P.; SOTO, J. L. **The clinical spectrum of neurological manifestations in AIDS patients in Mexico.** Arch Med Res, v. 31, n. 4, p. 393-398, 2000.
13. CÁRDENAS, S.; PAYÁ, O. **Manifestaciones neuropsiquiátricas en el SIDA.** Rev Hosp Psiquiatr Hab, v. 31, n.1, p. 89-93,1990.
14. GALVÁN, M. L.; FLORES, M. **Toxoplasmosis Humana.** 1 ed. Ciudad de México: ECORFAN, 2017.
15. STREILEIN, J. W. **Ocular immune privilege: therapeutic opportunities from an experiment of nature.** Nature Reviews Immunology, v. 3, p. 879–889, 2003.
16. GREEN, D. R.; FERGUSON, T. A. **The role of Fas ligand in immune privilege.** Nature Reviews Molecular Cell Biology, v. 2, p. 917–924, 2001.
17. KASPER, D. **Principios de Medicina Interna de Harrison.** 19 ed. Vol 2. Estados Unidos de América: McGraw-Hill Education, 2015.
18. AVILA, G.; GONZÁLEZ, G. **Some neurological manifestations of the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) in patient of the university hospital Hernando Moncaleano Perdomo in Neiva 2001 -2004.** Acta Neurol Colomb, v. 23, p. 90-94, 2007.
19. HUANG, H.; DENG, Y. Y.; LU, P. X.; MA, W.; ZHU, W. K.; YANG, G. D.; et al. **Imaging appearance of toxoplasma encephalopathy in AIDS patients.** Chin J Magn Reson Imaging, v. 1, n. 5, p. 353-8, 2010.
20. RAJESH, G. **Toxoplasmosis in HIV-infected patients.** UpToDate, p. 1-24, 2019.
21. KORALNIK, I. **Approach to HIV-infected patients with central nervous system lesions.** UpToDate, p. 1-22, 2019.
22. ABERG, J. A.; GALLANT, J. E.; GHANEM, K. G.; et al. **Primary care guidelines for the management of persons infected with HIV: 2013 update by the HIV medicine association of the Infectious Diseases Society of America.** Clin Infect Dis, v. 58 n. 1, p. 1-34, 2014.
23. LIBMAN, H.; POLLACK, T. M. **Initial evaluation of the HIV-infected adult.** UpToDate, p. 1-23, 2019.
24. GÜNTARD, H. F.; SAAG, M. S.; BENSON, C. A.; et al. **Antiretroviral Drugs for Treatment and Prevention of HIV Infection in Adults: 2016 Recommendations of the International Antiviral Society-USA Panel.** JAMA, v. 316, n. 2, p. 191-210, 2016.

CAPÍTULO 11

HIV/AIDS EM MAIORES DE 13 ANOS RESIDENTES DE PALMAS: RECORTE ENTRE 2007 E 2017

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 26/07/2020

Fernanda Maria Fernandes do Carmo Lemos

Secretaria Municipal de Saúde
Palmas - TO

<http://lattes.cnpq.br/1527440792231319>

Carolina Freitas do Carmo Rodrigues

Fundação Escola de Saúde Pública
Palmas - TO

<http://lattes.cnpq.br/0058684222035148>

Allana Lima Moreira Rodrigues

Secretaria Municipal de Saúde
Palmas - TO

<http://lattes.cnpq.br/5354057238238203>

Raiane Silva Mocelai

Secretaria Municipal de Saúde
Palmas - TO

<http://lattes.cnpq.br/7124000756999366>

Alcineia Ferreira dos Santos

Secretaria Municipal de Saúde
Palmas - TO

<http://lattes.cnpq.br/3521403081392566>

Ana Paula Barbosa de Brito

Fundação Escola de Saúde Pública
Palmas - TO

<http://lattes.cnpq.br/2213764335490351>

Cristina Silvana da Silva Vasconcelos

Secretaria Estadual de Saúde
Palmas - TO

<http://lattes.cnpq.br/4499864126053573>

RESUMO: Desde o início da epidemia da Aids, o Brasil registrou entre as década de 1980, até junho de 2019, 966.058 casos de HIV/AIDS. Conhecer as características da população se faz primordial à implementação de medidas interventivas adequadas, sendo assim, o objetivo deste estudo foi analisar a situação epidemiológica do HIV/AIDS em maiores de 13 anos moradores de Palmas, Tocantins, entre os anos de 2007 e 2017. Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo, de caráter quantitativo, tendo como população do estudo todos os casos de HIV e Aids notificados durante o período analisado e explanação das intervenções realizadas pela Rede de Atenção à Saúde do município para controle do agravo. Palmas possui como uma principais tecnologias de enfrentamento a descentralização do cuidado da Pessoa Vivendo com HIV/AIDS e a prevenção combinada, com destaque para o acesso aos Testes Rápidos de diagnósticos do HIV em todas as unidades de saúde da Atenção Primária à Saúde. O estudo evidenciou o aumento dos casos de HIV em relação à Aids na população, demonstrando a elevação do diagnóstico precoce do agravo.

PALAVRAS-CHAVE: HIV. Aids. IST. Educação Sexual.

HIV / AIDS IN OVER 13 YEARS OLD RESIDENTS OF PALMAS: CUTTING BETWEEN 2007 AND 2017

ABSTRACT: Since the beginning of the AIDS epidemic, Brazil registered between the 1980s, until June 2019, 966,058 cases of HIV/AIDS.

Knowing the characteristics of the population is essential to the implementation of appropriate intervention measures, therefore, the objective of this study was to analyze the epidemiological situation of HIV / AIDS in people over 13 years of age living in Palmas, Tocantins, between the years 2007 and 2017. This is an epidemiological, descriptive and retrospective study, with a quantitative character, with the population of the study all cases of HIV and AIDS notified during the analyzed period and explanation of the interventions carried out by the Health Care Network of the city to control the disease. One of the main coping technologies is the decentralization of care for the person living with HIV / AIDS and combined prevention, with emphasis on access to the Rapid Tests for HIV diagnoses in all health units of Primary Health Care. The study evidenced the increase in HIV cases in relation to AIDS in the population, demonstrating the increase in the early diagnosis of the disease.

KEYWORDS: HIV. AIDS. STD. Sexual Education.

1 | INTRODUÇÃO

Desde o início da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), causada pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) no Brasil, na década de 1980, até junho de 2019, foram registrados no país 966.058 casos de HIV/Aids. Em 2017, ano com taxa de detecção 18,3/100.000 habitantes, foram diagnosticados 42.420 novos casos de HIV e 37.791 casos de Aids, sendo 55,6% desses casos provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), 7,4% no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e 37,0% no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siscel/Siclom) (BRASIL, 2019).

Antes restrita ao que se considerava grupo de risco, como profissionais do sexo, homossexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis e hemofílicos, no final da década de 90 para os anos 2000 a disseminação da epidemia sofre um processo de feminização, heterossexualização, interiorização e pauperização, acarretando em uma série de problemas sociais e psicológicos, tanto aos portadores do HIV quanto à população em geral (CARVALHO; PAES, 2011).

O HIV pode ser transmitido de forma vertical (de mãe para filho), o que ocorre em cerca de 25% dos nascimentos de filhos de mães HIV positivas sem tratamento. Pela via sanguínea (transfusão de sangue ou derivados, compartilhamento de seringas e/ou agulhas e acidentes de trabalho com profissionais de saúde) há cerca de 10% de risco por contato. E pela via sexual, correspondente em torno de 1% por contato (BRASIL, 2012a).

O advento dos antirretrovirais (ARV) para o tratamento e o avanço do conhecimento nesta área vem proporcionando aumento no tempo de sobrevivência e melhora na qualidade de vida, gerando um impacto considerável na vida dos portadores do HIV, diminuindo o temor sobre a iminência da morte e possibilitando a permanência de relações sociais, de trabalho, de lazer e afetivas na vida, sendo que muitos são os estudos que demonstram a importância desses fatores na vida dos portadores de HIV/Aids (BRASIL, 2015b).

Outra ferramenta, que auxilia o planejamento de ações específicas, é a realização da notificação compulsória, sendo a da aids realizada desde 1986 e a infecção pelo HIV a partir de 2014 (BRASIL, 2014). Na ocorrência destes agravos, a notificação deve ser realizada e informada às autoridades de saúde e sua investigação preenchida em sua totalidade e qualidade. São através destas informações colhidas que a Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, através do Grupo Condutor das Doenças Infectocontagiosas, realiza a vigilância epidemiológica do agravo e adequado planejamento do enfrentamento.

A Vigilância em Saúde (VS), configurada como um conjunto de ações específicas que observam a distribuição e surgimento do agravo, através do controle contínuo de dados garantindo o princípio da integralidade (BRASIL, 2010). A vigilância epidemiológica do HIV tem o objetivo de monitorar o comportamento do HIV/Aids e seus fatores condicionantes e determinantes, com a finalidade de recomendar, adotar medidas de prevenção e controle e avaliar o seu impacto.

Apesar do investimento em tecnologias para o enfrentamento, em função do seu caráter pandêmico e de sua transcendência, a infecção pelo HIV e sua manifestação clínica em fase avançada (Aids), ainda representam um problema de saúde pública de grande relevância na atualidade. Soma-se ao exposto que as pessoas vivendo com o HIV/Aids (PVHA) apresentam demandas específicas de sua condição sorológica, necessitando de acompanhamento permanente nos serviços de saúde, para prevenção do adoecimento e manutenção da saúde (BRASIL, 2017).

Portanto, conhecer as características da população se faz primordial à implementação de medidas interventivas adequadas, seja no âmbito pessoal ou coletivo, já que possuem características psicológicas e fisiológicas distintas (MURAKAMI, 2014). Assim, o objetivo deste estudo foi analisar a situação epidemiológica do HIV/Aids em maiores de 13 anos moradores de Palmas entre os anos de 2007 a 2017.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo, de caráter quantitativo, tendo como população do estudo todos os casos de HIV e Aids notificados em pessoas residentes em Palmas, estado do Tocantins, diagnosticados e notificados no SINAN, um dos sistemas responsáveis por alimentar o repositório de dados Datasus, durante o período de 2007 a 2017.

O SINAN tem como um dos seus objetivos o registro os dados de agravos de notificação em todo o país, permitindo a análise do perfil de morbidade e, conseqüente, apoio nas decisões de planejamento em nível municipal. O sistema foi implantado no país entre 1990 a 1993 (IBGE, 2017).

Foi realizado com base nos registros de casos procedentes de Palmas, capital do estado do Tocantins, localizada na região Norte do Brasil, com uma população estimada

de 286 mil pessoas, de acordo com o IBGE (2017). Apesar disso, por ser o maior Serviço de Atenção Especializada (SAE) do Estado, é sabido o cadastro de moradores de outros municípios e estados.

A coleta de dados foi realizada através da busca de casos novos e taxa de incidência com idades superior à 13 anos, diagnosticados com o vírus ou a doença, no período de 2007 a 2017. O intervalo de idade é baseado na existência de ficha de notificação compulsória específica para crianças menores de 13 anos, permitindo a notificação mais precoce dos casos de Aids e a redução do sub-registro desses (BRASIL, 2000). A extração de dados foi realizada por meio da plataforma digital do Ministério da Saúde (Tabnet).

A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva simples (frequência e porcentagem) a partir das tabelas fornecidas pelo DataSUS, onde os resultados foram expostos em novas tabelas criadas pelo programa Microsoft Office Excel, versão 2010. Após a análise estatística, os dados foram comparados com a base literária existente sobre o assunto.

3 | RESULTADOS

Durante o período analisado, foram notificados 502 casos de HIV e 409 casos de Aids. Observa-se inversão na quantidade de casos a partir do ano de 2014, quando a infecção pelo vírus passou a ser de notificação compulsória. Vale ressaltar que os casos de HIV nos anos anteriores de 2014 são referentes à notificação posterior, conforme gráfico 1 a seguir:

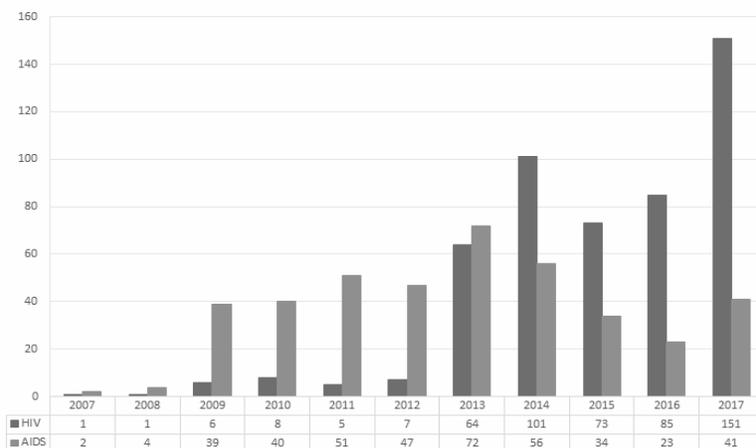


Gráfico 1 - Número de casos de HIV e Aids, por ano de diagnóstico, em residentes de Palmas-TO, 2007 a 2017.

Fonte: Datasus, 2019

A taxa de detecção da infecção de Aids variou de 1,12/100 mil habitantes em 2007 para de 14,65/100 mil habitantes em 2017, com pico em 2013 de 27,92/100 mil habitantes. Já a de HIV foi de 38,05/100 mil habitantes em 2014 (ano de início da obrigatoriedade da notificação compulsória) para 53,96/100 mil habitantes em 2017 (Gráfico 2).

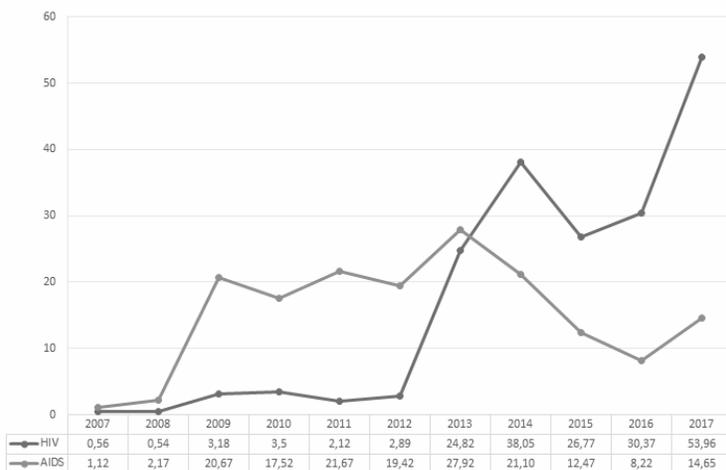


Gráfico 2 - Taxa de detecção de HIV e Aids (por 100.000 habitantes), por ano de diagnóstico, em residentes de Palmas-TO, 2007 a 2017.

Fonte: Datasus, 2019

4 | DISCUSSÃO

Segundo as regiões, o Norte, responsável por 19.781 casos e representando 8,0% das infecções no país, apresenta uma média de 3,8 mil casos ao ano, com a razão de sexos em média de 19 casos em homens para cada 10 casos em mulheres. No estado do Tocantins o número de casos de HIV/Aids notificados passaram de 441 entre 1980-2002 para 133 somente no ano de 2015, totalizando 2360 casos no estado, sendo que entre 2007 e 2017 a taxa de detecção aumentou 142,6% (BRASIL, 2018).

De acordo com o Boletim Epidemiológico da Área Técnica de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Aids e Hepatites Virais (2016), Palmas teve o primeiro caso notificado de Aids datado de 1993, quando ainda não existia uma equipe especializada para o atendimento. Entre os anos de 1991 e 2015 foram notificados 722 casos entre adultos, sendo 16 casos em gestantes, e 10 em crianças, tendo uma taxa de detecção no ano de 2015 de 12,5/100.000 habitantes e um aumento de 50% na transmissão homossexual entre homens que fazem sexo com homens (PALMAS, 2016).

Quanto aos dados de HIV observados nesta pesquisa, a inclusão da notificação da infecção pelo vírus somente a partir de 2014 (BRASIL, 2014) contribui para que as

informações não retratem a realidade quanto a infecção, pois podem existir casos anteriores que não foram identificados fielmente. Vale ressaltar que é obrigatório notificar todos os casos de aids em adultos e crianças, mesmo que tenham sido comunicados anteriormente com infecção pelo HIV. Assim como, as pessoas com infecção pelo HIV em acompanhamento clínico-laboratorial e diagnosticadas com data anterior à publicação da Portaria nº 1.271/2014 deveriam ser notificadas à medida que comparecerem à rede de serviços de saúde.

A notificação dos agravos de notificação compulsória é obrigatória aos profissionais de saúde e/ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados que atuam na assistência ao paciente (BRASIL, 1975). As notificações permitem caracterizar e monitorar tendências, perfil epidemiológico, riscos e vulnerabilidades na população infectada, com vistas a aprimorar a política pública de enfrentamento da epidemia (BRASIL, 2017), e sua ausência ou preenchimento incompleto ou errôneo impedem um planejamento eficaz e comprometem as ações, aumentando o número de casos (SILVA; OLIVEIRA, 2014).

Entre os anos de 2007 e 2014 a taxa de detecção de Aids cresceu aproximadamente 2000%, sendo que em 2013 chegou a 27,9/100.000 habitantes, superando a taxa apresentada pela Região Norte de 26,1 casos para cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2019). A taxa acima da média nacional é reflexo da grande proporção de casos esperados ainda não diagnosticados/notificados, e, conseqüentemente, sem tratamento, porém a mesma vem diminuindo ao longo dos anos chegando a 11,4/100.000 habitantes em 2015, com 33 notificações, devido aos diagnósticos precoces e tratamento adequado.

A crescente na taxa de detecção de HIV observado entre os anos de 2016 e 2017 pode ser justificado pela implantação do Teste Rápido (TR) para diagnóstico do HIV em todas as unidades de Atenção Primária de Saúde (APS) e de urgência e emergência da capital sob livre demanda, intensificação das ações de educação sexual e de saúde e capacitação de profissionais de saúde na temática e para realização da testagem.

No início da epidemia do HIV/Aids os pacientes eram diagnosticados em estágios avançados de imunodeficiência, com poucas e complexas opções terapêuticas e alta morbimortalidade associada à infecção. Atualmente há o predomínio de pacientes estáveis, em uso de esquemas simplificados de tratamento em acompanhamento em Serviços de Atenção Especializados (SAE). O SAE é responsável pela assistência multiprofissional aos pacientes que apresentam alguma das patologias atendidas no serviço, com realização de notificação do agravo e monitoramento dos pacientes em tratamento (Brasil, 2015).

Em Palmas, o SAE está inserido no Núcleo de Assistência (N.A.) Henfil, que também possui Centro de Testagem e Aconselhamento, Unidade Dispensadora de Medicamentos e Assistência Domiciliar Terapêutica. A unidade de saúde ambulatorial, de gestão municipal, realiza atendimento especializado de média complexidade as Doenças Tropicais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) como o HIV/Aids. Atua como referência para os 14 municípios da Região Capim Dourado com população total de 301.576 habitantes,

que representa 21,7% da população total do estado (IBGE, 2010).

No N.A. Henfil são desenvolvidas ações de diagnóstico, acolhimento (paciente e família), tratamento e acompanhamento do PVHA por meio de equipe multiprofissional, além de acompanhamento pré-natal, compartilhado com a APS, de mulheres vivendo com HIV/Aids e atendimento à criança infectada ou exposta verticalmente e oferta da Profilaxia Pós-Exposição (PEP) e de oferta da Profilaxia Pré-Exposição (PREP) priorizando os indivíduos das populações-chave.

Apesar dos esforços, a estrutura física do N.A Henfil é debilitada e é de difícil acesso para os usuários, pela distância e localização, o que promove barreiras ao mais carentes e atraso às consultas. Somado ao exposto e o crescente número de casos o Ministério da Saúde está implementando ações descentralizadas de prevenção, antes restritas aos serviços de referência, para a APS. A descentralização consiste na oferta do manejo (diagnóstico, tratamento e acompanhamento) do HIV/Aids na APS, através da introdução gradual deste, levando em conta a indispensabilidade de treinamento dos profissionais e preparo do serviço para a oferta do atendimento com qualidade (BRASIL, 2013).

A inovação consiste na passagem de um modelo centralizado para um modelo matriciado, expresso pelo acompanhamento dessas pessoas em conjunto com os SAE (BRASIL, 2014a). Apesar da forte expansão no Brasil nas últimas duas décadas, a APS ainda apresenta problemas que evidenciam a necessidade de ser mais bem estruturada para suportar a inserção ou fortalecimento de ações no campo do HIV e da Aids, além disso há preocupação de alguns movimentos sociais que questionavam as condições desse serviço para realizar uma atenção qualificada nessa área (BONANNO, 2014).

Não há dúvidas que as PVHA apresentam demandas específicas de sua condição sorológica, logo a aproximação com o seu território de moradia, através da APS, pode facilitar o atendimento de forma integral, uma vez que a PVHA é vista na sua totalidade biopsicossocial. Esse atendimento pode proporcionar o encontro naquilo que é familiar – o serviço de saúde e os profissionais - apoio ou reprovação, já que alguns podem sentir compaixão e outros gerarem culpabilização, fazendo com que essa proximidade possa não ser benéfica ao paciente (GOFFMAN, 2008), destacando, mais uma vez, a necessidade indispensável de capacitação da equipe para proporcionar um atendimento humanizado, livre de preconceitos e tabus, e de qualidade, com domínio do agravo.

Apesar disso, Castro et al. (2018), em estudo realizado no Rio de Janeiro com 421 PVHA, comparou a eficácia das duas estratégias de fornecimento de TARV (ESF versus especialistas) e comprovou que não houve resultados virológicos diferentes, evidenciando a efetividade da descentralização, iniciada em 2014, e apoiando o processo contínuo de descentralização do cuidado com o HIV.

Em Palmas, o projeto de descentralização teve início em março de 2018, estando em atividades deste então apenas em uma unidade de APS. Para além do processo de descentralização, outras tecnologias devem ser levadas em consideração para o

enfrentamento da pandemia do HIV, como a Prevenção Combinada (PC).

A PC associa diferentes métodos de prevenção ao HIV e outras IST ao mesmo tempo ou em sequência, conforme as características e o momento de vida de cada pessoa. Os métodos incluem a testagem regular para o HIV, que pode ser realizada gratuitamente no Sistema Único de Saúde (SUS); a prevenção da transmissão vertical (quando o vírus é transmitido para o bebê durante a gravidez); o diagnóstico e tratamento das IST; a imunização para as hepatites A e B; programas de redução de danos para usuários de álcool e outras substâncias; PrEP; PEP; e o tratamento de pessoas que já vivem com HIV; além do uso do preservativo feminino, masculino e gel lubrificante.

Os TR, anteriormente centralizados nos SAE, pelo processo de descentralização do HIV foram inseridos também na APS, que possui os TR como uma das técnicas de relevância para o diagnóstico do HIV e de outras IST (sífilis e hepatites). Sua metodologia permite o diagnóstico em 30 minutos, possui baixo custo, são altamente sensíveis e específicos e de fácil aplicação e interpretação até em ambientes não laboratoriais (BRASIL, 2014b), além de permitir o imediato início do tratamento, aumentando o acesso e, conseqüentemente, a taxa de detecção.

Inicialmente direcionado para as gestantes e seus parceiros, hoje os TR devem abranger toda a população sob livre oferta, seguindo os princípios da universalidade e acessibilidade do SUS (OLIVEIRA; AFONSO, 2017). Estudo comprovou que o diagnóstico precoce é fundamental para que o sujeito inicie o mais rápido possível o tratamento e, com acompanhamento multiprofissional adequado, conviva com a infecção crônica e aumente a sua possibilidade de melhoria na qualidade de vida e bem-estar físico e psicossocial (LIMA, 2018).

A prevenção da transmissão vertical no município ocorre por meio do Pré-Natal (PN) e da realização de TR na admissão para o parto. O PN é essencial para a redução da morbimortalidade materno-infantil, tendo com uma das estratégias o rastreamento de infecções verticalmente transmissíveis, tais como HIV, possibilitando o diagnóstico e o tratamento, visando prevenção da infecção fetal (MEDEIROS JÚNIOR, 2016).

Na assistência de gestantes com HIV, o acompanhamento deve dar-se tanto pela APS quanto pela especializada, porém a ocorrência de falhas de comunicação entre esses podem culminar na descontinuidade da atenção, não apenas durante a gestação, como também no puerpério e acompanhamento dessa PVHA posteriormente (KLEINUBING et al., 2018). Vale ressaltar que o acompanhamento na APS possibilita a formação de vínculo com o serviço de saúde, repercutindo positivamente tanto na saúde da mulher quanto da criança (RODRIGUES; MALHEIROS; BRUSTULIN, 2019).

O diagnóstico das IST no município é facilitado pela inclusão dos TR na APS, assim como nos serviços de urgência e emergência. O tratamento varia de acordo com a infecção: o de Hepatites e de HIV encontram-se ainda centralizados no SAE, com exceção da unidade com descentralização; o de sífilis e outras infecções podem ser realizados na

APS, salvo os casos que necessitam de intervenção especializada.

O acesso ao diagnóstico precoce, com oportuno tratamento, possibilita oferta de qualidade de vida à população e consequente queda da cadeia de transmissão das IST (RODRIGUES; MALHEIROS; BRUSTULIN, 2019). A prevenção às hepatites A e B por meio da imunização estão disponíveis em todas as unidades de APS e no SAE de referência do município. Vale ressaltar que os serviços que realizam atendimento à pessoa que sofreu violência sexual possuem todos os métodos preventivos às IST.

Os programas de redução de danos para usuários de álcool e outras substâncias atualmente ocorre em parceria entre o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e o SAE. A Redução de Danos é uma maneira de abordar de forma a privilegiar o direito à saúde do paciente, independente de onde se encontre, de forma mais humanitária e construída em conjunto (MACHADO; BOARINI, 2013).

A PrEP, método medicamentoso de prevenção exclusiva à infecção pelo HIV, ainda não está disponível em larga escala no município, pois ainda encontra-se em fase experimental. Já a PEP, medida de prevenção de urgência com medicamentos que reduzem à infecção pelo HIV, hepatites virais e outras IST, está disponível nos serviços de urgência e emergência e que realizam atendimento a pessoa que sofreu violência sexual.

O método mais tradicional de prevenção, uso do preservativo interno, externo e de gel lubrificante, está acessível à toda população em variados serviços da cidade, de saúde ou não, e é distribuído em todas as ações realizadas pelo município. Apesar disso, mesmo mais de 94% da população brasileira sabendo que o uso do preservativo é a melhor prevenção à infecção pelo HIV, a Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira (BRASIL, 2016) evidenciou que há queda no uso de preservativo.

Mesmo a distribuição gratuita do preservativo tendo início em 1994 no Brasil, estimulando o uso precoce e contínuo, apenas a entrega não elimina a prática sexual desprotegida, visto as barreiras culturais, sociais e emocionais envolvidas na inserção da prevenção em todas as práticas sexuais, sendo necessário além da distribuição, principalmente do preservativo masculino, mas também o aconselhamento e investindo em distribuição do preservativo interno (REISI; MELO; GIRI, 2016).

Como limitações do estudo destacamos as poucas variáveis analisadas e como dá assistência a alta rotatividade dos profissionais nas unidades de APS, a centralização da prevenção aos preservativos e a dificuldade de adesão ao uso pela população e poucas ações alusivas às IST à população.

5 | CONCLUSÃO

Foi possível observar que o diagnóstico do HIV fez-se de forma mais precoce, visto a queda expressiva no número de casos de Aids após inserção da notificação compulsória da infecção pelo vírus a partir de 2014. Ademais, a intensificação na realização de

diagnóstico, por meio dos TR, proporcionaram o aumento expressivo no número de casos a partir do mesmo ano.

Como principais metodologias ao enfrentamento da epidemia do HIV o município de Palmas utilizava como ferramentas a implementação da descentralização do cuidado da PVHA, que ainda encontra-se restrito à uma unidade de APS, e a prevenção combinada. Apesar das iniciativas, ainda faz-se necessário investimento na capacitação profissional e aumento na quantidade e qualidade da abordagem da saúde sexual e reprodutiva da população.

REFERÊNCIAS

BONANNO, L. **SP não está preparada para atender HIV na atenção básica**. Notícias UOL, 24 jan. 2014. Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2014/01/24/sp-nao-esta-preparada-para-atender-hiv-na-atencao-basica-dizsecretario.htm> Acesso em: 27 jan. 2018.

BRASIL. **Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975**. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, v. 209, 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde. **5 passos para a implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica: guia para gestores**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Conjunta nº 1, de 16 de Janeiro de 2013**. Trata da alteração na Tabela de Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o Serviço 106 - Serviço de Atenção a DST/HIV/Aids. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012**. Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na Atenção Básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº1.271, 6 de junho de 2014**. Dispõe sobre a incluíram a infecção pelo HIV na LNC doenças e agravos a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades-sentinelas. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Definição Nacional de Caso de Aids em Indivíduos Menores de 13 anos**. Brasília, 2000

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde: volume único**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**, v. 49, n. 53, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**, v. 4, n. 01, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **O Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica: manual para profissionais médicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 24 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual técnico para diagnóstico da infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CARVALHO, S. M.; PAES, G. O. The social stigmatization influence in people living with HIV/Aids. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 19, n. 02, p. 157-163, 2011.

CASTRO, R. et al. Decentralization of antiretroviral therapy to the family health strategy: effectiveness of a new delivery strategy for HIV care in Rio de Janeiro, Brazil. In: *Aids*, 2018. **Anais [...]**. [S. l.: s. n.], 2018. Disponível em: <http://programme.aids2018.org/Abstract/Abstract/2908>. Acesso em: 15 jan. 2018.

GOFFMAN, E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: **LTC**, 2008.

IBGE. **Sistema de Informações de Agravos de Notificação – SINAN**. Disponível em: <http://ces.ibge.gov.br/base-de-dados/metadados/ministerio-da-saude/sistema-de-informacoes-de-agravos-de-notificacao-sinan.html>. Acesso em: 21/07/2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Dados do Censo 2010**. (publicados no Diário Oficial da União do dia 04/11/2010). Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=31. Acesso em: Acesso em: 26 nov. 2017.

JÚNIOR, A. M.; DE LIMA, A. S. D.; DA SILVA, A. M. D. F.; DE LIMA, M. E. M.; LOPES, L. F. L. Qualidade do pré-natal em relação às sorologias sífilis, HIV e hepatite B em gestantes de unidade de saúde em Natal/RN. **Revista Extensão & Sociedade**, v. 5, n. 2, p. 10-21, 2014.

KLEINUBING, R. E.; DE MELLO PADOIN, S. M.; LANGENDORF, T. F.; DE PAULA, C. C. Acesso aos serviços de saúde de mulheres com HIV: pesquisa participante. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA - CIAIQ2018, 8., 2018, Fortaleza. **Anais [...]**. Fortaleza: CIAIQ, 2018.

LIMA, I. B. Importância do diagnóstico precoce de HIV para eficácia terapêutica e o bem-estar do paciente. **CES Revista**. Juiz de Fora. v. 32. n. 1. 2018.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicol Ciência e Profissão**, v. 3, n. 3, 2013. p. 580-95

MURAKAMI, E.; ARANHA, V. C.; FRANÇA, C. C.; BENUTE, G. R. G.; LUCIA, M. C. S. D.; JACOB FILHO, W. Ser nonagenário: a percepção do envelhecimento e suas implicações. **Psicologia Hospitalar**, v. 12, n. 2, p. 65-82, 2014.

OLIVEIRA, J. A. S.; AFONSO, V. T. M. O teste rápido para o diagnóstico de HIV na atenção primária à saúde e a importância da atuação do enfermeiro. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM, 2., 2017, Aracajú. **Anais [...].**Aracajú: Universidade Tiradentes, 2017.

PALMAS. Secretaria Municipal de Saúde de Palmas. Diretoria de Vigilância em Saúde. Área Técnica de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - DST e Aids**, v. 2, n. 1, 2016.

REISI, R. K.; MELOI, E. S.; GIRI, E. Fatores associados ao uso inconsistente do preservativo entre pessoas vivendo com HIV/Aids. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 1, p. 40-46, 2016.

RODRIGUES, C. F. C.; MALHEIROS, M. M. A.; BRUSTULIN, R. **Avaliação do Controle do HIV/ Aids na Atenção Primária no Município de Palmas – TO**. 2019. 75f. (Monografia da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva). UFRJ, Rio de Janeiro, 2019.

SILVA, G. A.; OLIVEIRA, C. M. G. O registro das doenças de notificação compulsória: a participação dos profissionais da saúde e da comunidade. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 4, n. 3, jul./set. 2014.

CAPÍTULO 12

INCIDÊNCIA DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (ISTS) EM MULHERES VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL COMPARADO A MULHERES SEM EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 07/07/2020

Fernanda Oliveira Brito dos Reis

Discente do Curso de Medicina, Universidade Federal do Tocantins (UFT). Palmas, TO, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/5368577786165200>

Adolpho Dias Chiacchio

Docente do Curso de Medicina, Universidade Regional de Gurupi (UNIRG). Gurupi, TO, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/9724145876587869>

RESUMO: As infecções sexualmente transmissíveis (IST) são um grupo de patologias com mais de 30 agentes etiológicos diferentes e transmitidas principalmente pela via sexual. Além do comportamento de risco, a violência sexual favorece o incremento das taxas de incidência dessas infecções, corroborando para que o sexo feminino, principalmente, possa vir adquirir alguma(s) IST(s) após o crime libidinoso. Devido à pertinência do assunto, o presente estudo traz uma revisão bibliográfica das principais pesquisas envolvendo ISTs e violência sexual em mulheres.

PALAVRA-CHAVE: infecções sexualmente transmissíveis; mulher; violência contra a mulher; violência sexual.

INCIDENCE OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS (STIS) IN WOMEN VICTIMS OF SEXUAL ABUSE COMPARED TO WOMEN WITHOUT EXPOSURE TO VIOLENCE

ABSTRACT: The sexually transmitted infections (STIs) are a group of pathologies with more than 30 different etiologic agents and transmitted mainly through sex. In addition to risky behavior, sexual violence favors the increase in the incidence rates of these infections, corroborating that the female sex, especially, may come to acquire some STI (s) after the libidinous crime. Due to the pertinence of the subject, the present study brings a bibliographic review of the main researches involving STIs and sexual violence in women.

KEYWORDS: Sexual violence; sexually transmitted infections; violence against women; women.

1 | INTRODUÇÃO

As infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) são consideradas um problema de saúde pública mundial. Estima-se que a cada ano, 357 milhões de novos casos de ISTs surgem entre pessoas de 15 a 49 anos (OMS, 2016). As ISTs são causadas por diversos agentes etiológicos como as bactérias, vírus, fungos e protozoários e acometem homens e mulheres principalmente através da relação sexual (vaginal, oral ou anal) desprotegida (MARTINS et al. 2018). As manifestações mais comuns no Brasil ocorrem por meio da herpes genital, cancro mole,

papilomavírus humano (HPV), donovanose, gonorréia, sífilis, linfogranuloma venéreo (LGV), vírus T-lymfoftrópico humano (HTLV), HIV/SIDA e hepatite C (BRASIL,2020).

É importante salientar que o termo IST passou a ser obrigatório somente após o decreto nº 8.901/2016 do Ministério da Saúde, no qual a antiga e conhecida designação 'doenças sexualmente transmissíveis' (DSTs) foi substituída (BRASIL, 2016). A alteração ocorreu devido ao consenso de que uma doença precisa apresentar sinais e sintomas, fato que não ocorre necessariamente nas infecções sexualmente transmissíveis, as quais na maioria dos casos são assintomáticas e silenciosas. Essa mudança de concepção se faz importante durante a conscientização da população para o uso de preservativos e métodos de barreira mesmo quando não há manifestações aparentes de alguma moléstia.

Outra problemática grave que se articula diretamente com o tema da disseminação de ISTs são os atos de violência sexual contra a mulher. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2002), a violência sexual é definida como:

Todo ato sexual, tentativa de consumir um ato sexual ou insinuações sexuais indesejadas; ou ações para comercializar ou usar de qualquer outro modo a sexualidade de uma pessoa por meio da coerção por outra pessoa, independentemente da relação desta com a vítima, em qualquer âmbito, incluindo o lar e o local de trabalho.

De acordo com 13º Anuário Brasileiro de Segurança Pública, cerca de 66.041 mil pessoas sofreram estupro no ano de 2018, dentre as quais 81,8% das vítimas eram do sexo feminino (FBSP,2019). As vítimas, além dos traumas psicológicos e físicos resultantes da agressão, necessitam de atendimentos especializados para evitar uma gravidez indesejada e principalmente para a realização de profilaxia contra as ISTs, visto que existe um risco elevado de infecções nestes casos (DREZETT et al., 2013). Contudo, estima-se que 35% dos casos de crime sexual contra a mulher não são notificados, o que as deixam desassistidas juridicamente e principalmente em relação à própria saúde (FBSP, 2015).

2 | OBJETIVO

Apresentar uma comparação entre a incidência de ISTs em dois grupos distintos: mulheres sexualmente ativas e mulheres vítimas de violência sexual.

3 | MÉTODOS

O estudo baseia-se em uma revisão bibliográfica sobre a temática apresentada. As buscas foram realizadas nas Bases de Dados: da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e SciELO (Scientific Electronic Library Online), além de protocolos e sites, especialmente, os do Ministério da Saúde (MS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Para a consulta nestas bases de dados utilizaram-se os descritores Infecções

Sexualmente Transmissíveis conjugado com Mulher e Violência Sexual.

Nos resultados foram utilizados artigos relacionados à ISTs em mulheres jovens e adultas. Artigos sobre ISTs no sexo masculino, bem como em crianças, idosos e profissionais do sexo foram excluídos. Não foi estabelecido como critério de exclusão o ano de publicação dos artigos científicos, pelo fato de se constatar um número escasso de estudos recentes envolvendo o objeto de estudo.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 ISTs em mulheres sexualmente ativas

As ISTs em mulheres são um importante assunto de saúde pública por apresentar alta prevalência, entraves no diagnóstico precoce e pela elevada ocorrência de sequelas à saúde (LUPPI et al., 2011). Estima-se que a incidência de contágio por IST em 2012 nos países em desenvolvimento chegou a 357 milhões de novos casos, entre a faixa etária de 15 a 49 anos (NEWMAN et al., 2015).

A mudança do perfil de infectados e o crescente aumento na velocidade dos novos casos no sexo feminino demonstra que outros fatores estão interligados a essas perspectivas (SAMPAIO et al., 2011; RODRIGUES et al., 2012). Dentre os motivos que podem contribuir para a atual situação epidemiológica estão o comportamento de risco relacionado à quantidade de parceiros sexuais existentes, a relação sexual sob efeito de álcool e/ou drogas e com pessoa pouco ou recentemente conhecida, a submissão feminina considerada uma questão de gênero, o baixo nível econômico social, a confiança na monogamia visto que em um universo de 71% de mulheres com parceiros fixos, 55,4% relataram nunca ter usado proteção e, a orientação religiosa que está significativamente relacionada ao conhecimento adequado (MARTINS et al., 2004; RIVEMALES et al., 2009; CAMPO-ARIAS et al., 2010; ANDRADE et al., 2015).

Ademais, em uma pesquisa com mulheres matriculadas em cursos de ensino superior da área da saúde, o comportamento de risco também esteve presente mesmo havendo entendimento relevante acerca da HIV/SIDA, sífilis, HPV e herpes, contrariando a expectativa de que um maior nível de escolaridade/conhecimento estivesse relacionado a atitudes mais saudáveis e adequadas em relação a prática sexual. (ANDRADE et al., 2015; RUFINO et al., 2016; SALES et al., 2016).

Apesar da desproteção durante a relação sexual constituir um fator de risco comprovado para a transmissão de IST (OMS, 2014), poucas mulheres assim o fazem. No estudo multicêntrico *POP-Brasil* (2017) com ambos os sexos, foi constatado que 51,5% dos jovens na faixa etária de 16 a 25 anos faziam sexo sem camisinha e dentro dessa mesma amostra 54,6% possuíam HPV. Em trabalho realizado em São Paulo (SP) com 2.013 mulheres de 15 a 64 anos, 87 delas já haviam tido algum episódio de IST durante a

vida (PINTO et al., 2018). Além disso, a taxa de prevalência de infecções genitais em um grupo de 299 mulheres em uma Unidade de Saúde da Família (USF) da capital Vitória (ES) foi de 7,4% para *Chlamydia trachomatis*, 2,0% de *Neisseria gonorrhoeae* e *Trichomonas vaginalis*, e 3,3% de infecções por HPV (BARCELOS et al., 2008). A sífilis por sua vez, tem sido a maior preocupação dos serviços de saúde brasileiros face ao crescente aumento dos casos com uma incidência em 2018 de 75,8 casos para cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2019).

No Brasil, apenas a sífilis adquirida, sífilis em gestante, sífilis congênita, a SIDA e a infecção pelo HIV em gestantes/crianças expostas são afecções de notificação compulsória (BRASIL, 2020). Esta falta de abrangência da notificação das ISTs potencializa a dificuldade da investigação epidemiológica, a escassez de estudos sentinela e a ausência de bases de dados populacionais sobre as outras infecções de notificação universal e curáveis como é o caso da gonorreia, clamídia, tricomoníase e herpes genital (BARBOSA et al., 2020; PINTO et al., 2018; BRASIL, 2020).

A OMS através de dados epidemiológicos sobre prevalência entre os anos de 2009 a 2016 estimou que o número absoluto de ISTs curáveis para ambos os sexos foi de 376,4 milhões (BRASIL, 2019). Seus respectivos valores encontram-se abaixo na (Gráfico 1).

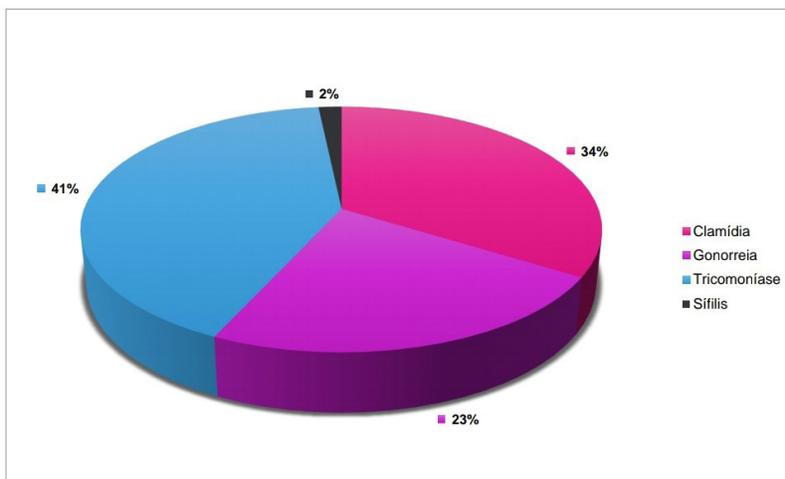


Gráfico 1. Taxa estimada da incidência de ISTs curáveis com 95% IC.

Fonte: OMS, 2016

4.2 ISTs em mulheres vítimas de violência sexual

De acordo com dados mais recentes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 33.028 mil mulheres foram vítimas de violência sexual no Brasil no

ano de 2017. Desde 2003 por meio da Lei de nº 10.778/2003, todos os casos de violência sexual atendidos em serviços de saúde públicos e privados são de notificação compulsória, entretanto, ainda sim prevalece a subnotificação de dados exigindo cautela na interpretação dos mesmos (BRASIL, 2013; KIND et al., 2013).

As consequências deletérias para a vida de cada mulher inserida nesse número perpassam o senso comum em razão dos distúrbios psicomotores gerados, da letalidade, dos transtornos sexuais adquiridos, preocupação com uma gravidez indesejada, da infertilidade e principalmente das chances de contágio de uma IST, as quais variam de 16 a 58% (DREZETT, 2002; BRASIL, 2012; DREZETT et al., 2013).

De acordo com o perfil do agressor, as vítimas desse tipo de crime podem ser diferenciadas em dois grupos: parceiro íntimo ou pessoa desconhecida (FACURI et al., 2013). Essa categorização é interessante tendo em vista que o risco para a infecção por uma IST depende do tipo e do tempo de exposição sexual, do número de agressores, do fato deste(s) ter uma IST, do contato com secreções sexuais ou sangue, da idade e suscetibilidade da vítima, da condição da membrana himenal e do status sorológico ou da carga viral do agressor (DREZETT et al., 2013; BRASIL, 2015; BATISTA, 2018).

A ocorrência de ISTs em estudo realizado em Santa Catarina (SC) com 1.316 casos de notificação por violência sexual foi de 3,5%, sendo que a maior proporção de infecções 5,8% e 6,3% ocorreu, em mulheres jovens de 15 a 19 anos e quando praticada por dois ou mais agressores, respectivamente (DELZIOVO et al., 2018). Segundo Reis (2001), a taxa de incidência de uma IST após uma agressão sexual chega a 12,3% para *Tricomonas*, 4,2% para *Neisseria* e 1,5% para *Chlamydia*. Em relação ao HPV, mulheres vítimas de crimes sexuais há um ano apresentaram 4,5 vezes mais chances de contrair os tipos de alto risco para câncer de colo de útero (WINGOOD et al., 2009).

Ainda que alguns destes exemplos de infecções sejam considerados mais “brandos” pelo fato de serem curáveis através do tratamento medicamentoso, é evidenciado que as ISTs aumentam em duas a três vezes o risco de coinfeção por HIV devido a lesões inflamatórias, vasculares e úlceras pré-existentes (REIS, 2001; NARESH, 2009; OMS, 2016).

Além disto, é interessante também ressaltar que se torna complexa a determinação de um índice preciso sobre a incidência de uma IST após o crime sexual devido ao fato da difícil diferenciação entre uma infecção prévia em relação a uma infecção adquirida pelo ato criminal. Entretanto, essas duas variáveis - problemas de saúde e segurança pública - demonstram que as vítimas de violência sexual encontram-se mais vulneráveis para adquirir as ISTs. Diante disto, convencionou-se que as doenças presentes até 72 horas após a violência são pré-existentes na vítima de violência sexual, o que pode facilitar e direcionar a tomada de decisão quanto ao tratamento e possível prognóstico da paciente (REIS, 2001; SCHRAIBER et al., 2008; BARROS et al., 2011).

Embora a profilaxia nas primeiras 72 horas seja crucial e reduza em 81% a soro

conversão do HIV, as taxas de não adesão e abandono ao tratamento oscilam de 24,5% a 62,2% (MYLES et al., 2001; FACURI et al., 2013; SOUSA et al., 2019). Alguns fatores podem ser elencados como justificativa para essa evasão, dentre eles estão os efeitos colaterais das medicações e suas combinações, o longo período de acompanhamento ambulatorial (maior que seis meses), as lembranças da violência sofrida e a falta de preparo dos profissionais da saúde em lidar com essas situações específicas (BEDONE e FAÚDE, 2007; BRASIL, 2012; SOUSA et al., 2019).

5 | CONCLUSÃO

As taxas de ISTs analisadas em ambos os grupos do sexo feminino são elevadas, apesar de pouco documentadas. Isso acontece devido a uma série de entraves envolvendo o assunto, tais como, o significativo percentual de assintomáticos para as ISTs, os estigmas e preconceitos sobre a sexualidade, a ineficiente cobertura envolvendo a educação sexual, a subnotificação dos casos e a escassez de estudos multicêntricos direcionados para ISTs em mulheres dificultando, dessa maneira, a apresentação de dados concisos e elaboração de medidas de prevenção, principalmente a primária.

Observa-se, então, que a principal diferença nessa comparação binária ocorre porque as mulheres sem exposição à violência apresentam, predominantemente, comportamento de risco para as ISTs enquanto as mulheres com exposição à violência não buscam os serviços de saúde para o tratamento profilático ou abandonam o acompanhamento. Entretanto, um ponto em comum entre essas duas populações está no padrão de acometimento patológico das ISTs, ou seja, tanto nas mulheres que apresentam um comportamento de risco quanto nas expostas à violência sexual ocorre uma probabilidade de coinfeção com outras ISTs e o desenvolvimento de complicações para a saúde ginecológica.

Nesse viés, a oferta de um serviço multidisciplinar eficiente tanto com o intuito de evitar/reduzir fatores de risco para ISTs quanto para a adesão ao tratamento e reabilitação da mulher após o abuso é de suma importância. Associado a isso, é indubitavelmente necessário o trabalho de segurança pública focado em diminuir a ocorrência deste tipo de crime seja ele cometido dentro dos lares ou em locais públicos. Além disso, a ampliação da educação sexual nas escolas e o acompanhamento através das USF de cada território são de extrema importância para o controle dessas patologias.

O presente capítulo atesta a necessidade de mais pesquisas envolvendo a incidência das principais ISTs em mulheres vítimas de violência sexual. Uma melhor compreensão baseada em evidências científicas sobre o comportamento das ISTs após um crime sexual, certamente contribuirá para melhores resultados no prognóstico das pacientes.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S.S.C.; ZACCARA, A.A.L.; LEITE, K.N.S.; BRITO, K.K.G.; SOARES, M.J.G.O.; COSTA, M.M.L.; PINHEIRO, A.K.B.P.; OLIVEIRA, S.H.S. **Conhecimento, atitude e prática de mulheres de um aglomerado subnormal sobre preservativos**. Rev Esc Enferm USP. v.49, n.3, p.364-372, 2015.

BARBOSA, T.L.A.; GOMES, L.M.X.; HOLZMANN, A.P.F.; CARDOSO, L.; PAULA, A.M.B.; HAIKAL, D.S. **Prática de aconselhamento em infecções sexualmente transmissíveis, HIV e aids, realizada por profissionais da atenção primária à saúde de Montes Claros, Minas Gerais, 2015-2016**. Epidemiol. Serv. Saude. v.29, n.1, p.e2018478, 2020.

BARROS, C.; SCHRAIBER, L.B.; FRANÇA-JUNIOR, I. **Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV**. Rev Saúde Pública. v.45, p.365-72, 2011.

BARCELOS, M.R.B.; VARGAS, P.R.M.; BARONI, C.; MIRANDA, A.E. **Infecções genitais em mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde: prevalência e fatores de risco**. Rev Bras Ginecol Obstet. v.30, n.7, p.349-54, 2008.

BATISTA, V.C.; BACK, I.R.; MONTESCHIO, L.V.C.; ARRUDA, D.C.; GRESPAN, L.R.; MATOS, A.C.G.; MARCON, S.S. **Perfil das notificações sobre violência sexual**. Rev enferm UFPE. v.2, n.5, p.1372-80, 2018.

BEDONE, A.J.; FAÚNDES, A. **Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas**. Cad Saude Publica. v.23, n.2, p.465-469, 2007.

BRASIL. Decreto-lei nº 8.901/2016, 11 de novembro de 2016. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. Seção I, p. 3-17, 2016.

BRASIL. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. p. 11, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 3ª ed. Brasília: MS; 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico de Sífilis 2019**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Vigilância Epidemiológica. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis [online]**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/vigilancia-epidemiologica#:~:text=A%20Infec%C3%A7%C3%A3o%20pelo%20HIV%20em,14%20de%20julho%20de%202005>. Acessado em: 01/07/2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). 2020. **Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST): o que são, quais são e como prevenir**. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/infeccoes-sexualmente-transmissiveis-ist>. Acessado em: 25/06/2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN 2017** Net Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/violebr.df> Acessado em: 26/06/2020.

CAMPO-ARIAS, A.; CEBALLO, G.A.; HERAZO, E. **Prevalence of pattern of risky behaviors for reproductive and sexual health among middle – and high-school students.** Revista Latino-Americana de Enfermagem. v.18, n.2, p.170-174, 2010.

DELZIOVO, C.R.; COELHO, E.B.S.; D'OST, E.; LINDNER, S.R. **Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina – Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva. v.23, n.5, p.1687-1696, 2018.

DREZETT, J. **Profílix pós-infecçiosa de mulheres estuproadas.** In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE INFECÇÃO PELO HIV EM MULHERES E CRIANÇAS. Livro de Resumos. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro e Institute of Virology of Maryland, p.20-2, 2002.

DREZETT, J.; BLAKE, M.T.; LIRA, K.S.F.; PIMENTEL, R.M.; ADAMI, F.; BESSA, M.M.M.; ABREU, L.C. **Doenças sexualmente transmissíveis em mulheres que sofrem crimes sexuais.** *reprod clim*. v.27, n.3, p.109–116, 2013.

FACURI, C.O.; FERNANDES, A.M.S.; OLIVEIRA, K.D.; ANDRADE, T.S.; AZEVEDO, R.C.S. **Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública. v.29, n.5, p.889-898, 2013.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). **13º Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2019.** Ano 13. São Paulo, 2019.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2015.** Ano 9. São Paulo, 2015.

KIND, L.; ORSINI, M.L.P.; NEPOMUCENO, V.; GONÇALVES, L.; SOUZA, G.A.D.; FERREIRA, M.F.F. **Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde.** Cad Saude Publica. v.29, n.9, p.1805-1815, 2013.

LUPPI, C.G.; OLIVEIRA, R.L.S.; VERAS, M.A.; LIPPMAN, S.A.; JONES, H.; JESUS, C.H.; PINHO, A.A.; RIBEIRO, M.C.; CAIAFFA-FILHO, H. **Diagnóstico precoce e os fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis em mulheres atendidas na atenção primária.** Rev. bras. epidemiol. v.14, n.3, p. 467-477, 2011.

MARTINS, D.C.; PESCE, G.B.; SILVA, G.M.; FERNANDES, C.A.M. **Comportamento sexual e infecções sexualmente transmissíveis em mulheres de apenados.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. v.26, p.e3043, 2018.

MARTINS, T.A.; BELLO, P.Y.; PONTES, L.R.S.K.; COSTA, L.V.; MIRALLES, I.S.; QUEIROZ, T.R.B.S. **As doenças sexualmente transmissíveis são problemas entre gestantes no Ceará?.** J Bras Doenças Sex Transm. v.16, n.3, p.50-8, 2004.

MYLES, J.E.; YLES, J.E.; BAMBERGER, J. **Offering prophylaxis following sexual assault.** San Francisco: Department of Public Health/The California HIV PEP after Sexual Assault Task Force. Sacramento: The California State Office of AIDS; 2001.

NARESH, A.; BEIGI, R.; WOC-COLBURN, L. *et al.* **The bidirectional interactions of human immunodeficiency Virus-1 and sexually transmitted infections.** *Infectious Diseases in Clinical Practice.* v.17, p.362–73, 2009.

NEWMAN, L.; ROWLEY, J.; VANDER HOORN, S.; WIJESORIYA, N.S.; UNEMO, M.; LOW, N. **Global Estimates of the Prevalence and Incidence of Four Curable Sexually Transmitted Infections in 2012 Based on Systematic Review and Global Reporting.** *PLoS ONE.* v.10, n.12, p.e0143304, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations**[internet]. 2014. Available from: <http://www.paho.org/bra/images/stories/Documentos2/eng%20guias%20pop%20vul%20who-1.pdf?ua=1>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Global health sector strategies on sexually transmitted infections, 2016–2021.** Geneva: World Health Organization, 2016. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/en/>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016–2021 towards ending stis.** Geneva: 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Introduction to the World Report on Violence and Health.** Geneva: WHO, 2002.

PINTO, V.M.; BASSO, C.R.; BARROS, C.R.S.; GUTIERREZ, E.B. **Fatores associados às infecções sexuais transmissíveis: inquérito populacional no município de São Paulo, Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva.* v.23, n.7, p.2423-2432, 2018.

POP-BRASIL. **Estudo Epidemiológico sobre a Prevalência Nacional de Infecção pelo HPV.** Resultados preliminares – Associação Hospitalar Moinhos de Vento – Porto Alegre, 2017.

REIS, J.N.; MARTIN, C.C.S.; BUENO, S.M.V. **Violência sexual, vulnerabilidade e doenças sexualmente transmissíveis.** *DST J Bras Doenças Sex Transm.* v.13, n. 4, p. 40-5, 2001.

RIVEMALES, M.C.C.; ALMEIDA, G.M.; QUEIROZ, M.M.A. **Adesão de mulheres ao uso do preservativo em um programa de planejamento familiar de Salvador, Bahia.** *Rev. Enferm UFPE.* v.3, n.1, p. 61-9, 2009.

RODRIGUES, L.S.A.; PAIVA, M.S.; OLIVEIRA, J.F de.; NOBREGA, S.M da. **Vulnerabilidade de mulheres em união heterossexual estável à infecção pelo HIV/Aids: estudo de representações sociais.** *Rev Esc Enferm USP.* v.46, n.2, p.349-55,2012.

RUFINO, E.C.; ANDRADE, S.S.C.; LEADEBAL, O.D.C.P.; BRITO, K.K.G.; SILVA, F.M.C.; SANTOS, S.H. **Conhecimento de mulheres sobre IST/AIDS: Intervindo com Educação em Saúde.** *Cienc Cuid Saude.* v.15, n.1, p.9-16, 2016.

SALES, W.B.; CAVEIÃO, C.; VISENTIN, A.; MOCELIN, D.; COSTA, P.M.; SIMM, E.B. **Comportamento sexual de risco e conhecimento sobre IST/SIDA em universitários da saúde.** *Revista de Enfermagem Referência. Série IV - n.10,* 2016.

SAMPAIO, J.; SANTOS, R.C.; CALLOU, J.L.L.; SOUZA, B.B.C. **Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semi-árido nordestino.** Saude soc. v.20, n.1, p.171-81, 2011.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; FRANÇA JÚNIOR, I. **Grupo de Estudos em População, Sexualidade e Aids. Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005.** Rev. Saúde Pública. v.42, p. 127-37, 2008.

SOUSA, T.C.C.; COELHO, A.S.F.; MATTOS, D.V.; VALADARES M.J.G.; LIMAS, M.R.G.; COSTA, S.P.; SOUSA, M.A.A. **Características de mulheres vítimas de violência sexual e abandono de seguimento de tratamento ambulatorial.** Cad. Saúde Colet. v.27, n.2, p. 117-123, 2019.

WINGOOD, G.M.; SETH, P.; DICLEMENTE, R.J.; ROBINSON, L.S. **Association of sexual abuse with incident high-risk human papillomavirus infection among young African-American women.** Sex Transm Dis. v.36, p.784–6, 2009.

CAPÍTULO 13

INCIDÊNCIA DE LEISHMANIOSE CUTÂNEA NO ESTADO DO TOCANTINS EM COMPARAÇÃO COM O BRASIL, DE 2008 A 2017

Data de aceite: 01/10/2020

Ana Paula de Santana

Universidade de Gurupi - UNIRG, Gurupi/TO.

Luana Lopes Bottega

Universidade de Gurupi - UNIRG, Gurupi/TO

Lívia Cavalcante de Araújo

Universidade de Gurupi - UNIRG, Gurupi/TO

Marcelo Henrique Menezes

Universidade Federal do Tocantins - UFT,
Palmas/TO.

Natália Cristina Alves

Universidade de Gurupi – UNIRG, Gurupi/TO).
Universitário de Palmas (CEULP/ULBRA),
Palmas/TO.

Carla Angélica Turine Von Glehn dos Santos

Centro Universitário UnirG, Gurupi/TO.
Universidade Estadual de Maringá, Maringá/
PR.

PALAVRAS - CHAVE: Leishmaniose.
Dermatologia. Notificação. Epidemiologia.

KEYWORDS: Leishmaniasis. Dermatology.
Notification. Epidemiology.

INTRODUÇÃO

Leishmaniose cutânea é uma doença infecciosa, causada por um protozoário do

gênero leishmania, e transmitida pela picada de flebotomíneos. É necessário o diagnóstico precoce, assim como medidas preventivas e notificação dos casos.

OBJETIVO

Descrever a incidência de casos de leishmaniose cutânea no estado do Tocantins e no Brasil nos últimos 10 anos.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, retrospectivo da incidência de leishmaniose cutânea no estado do Tocantins e no Brasil, no período de 2008 a 2017 com dados extraídos no banco de dados do Ministério da Saúde, DATASUS, agrupados e analisados com auxílio do software Microsoft Excel. Tendo como critério de inclusão apenas os casos na faixa etária de 1 a 69 anos.

RESULTADOS

Foram registrados 124 casos de leishmaniose cutânea na faixa etária de 1 a 69 anos no período estudado no estado do Tocantins. A faixa etária de maior incidência de casos ocorreu entre 1 a 4 anos (23,38%), seguida das faixas etária de 60 a 69 anos (21,77%) e 50 a 59 anos (11,29%) e a de menor incidência foi entre 20 a 29 anos (4,83%). No

Brasil foram notificados 3335 casos, sendo 560 casos (16,8%) na faixa etária entre 60 a 69 anos, e a incidência entre 1 a 4 anos foi de 463 casos (13,9%). Figura 1 e 2. Pode-se observar que o estado do Tocantins corresponde a 3,71% dos casos no Brasil, a faixa etária de maior incidência no Tocantins é de 1 a 4 anos enquanto que no Brasil é de 60 a 69 anos.

CONCLUSÃO

A incidência de Leishmaniose cutânea no Tocantins nos últimos 10 anos atingiu 124 pessoas e divergiu do Brasil quanto a faixa etária de maior incidência. Por acometer qualquer faixa etária e não conferir imunidade, os cuidados com o diagnóstico e tratamento precoce são de vital importância. Garantindo assim, redução de impacto social devido às deformidades e, principalmente, a notificação, esta que deve ser de caráter compulsório. Todavia, para se obter tais resultados é preciso um envolvimento multidisciplinar e multi-institucional.

REFERÊNCIAS

1. PELISSARI, D. M; et al. Tratamento da Leishmaniose Visceral e Leishmaniose Tegumentar Americana no Brasil. *EPIDEMIOL. SERV. SAÚDE*, v. 20, n. 1, p.107-110, 2011.
2. GONTIJO, B; CARVALHO, M. L. R. Leishmaniose tegumentar americana. *REVISTA SOCIEDADE BRASILEIRA MEDICINA TROPICAL*, v. 36, n. 1, p.71-80, 2003.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *MANUAL DE VIGILÂNCIA DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR*, Brasília, 2017.

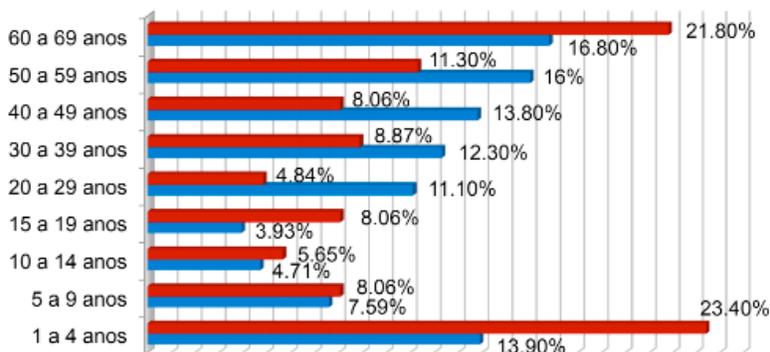


Figura 1 – Incidência de Leishmaniose cutânea no Tocantins e no Brasil, por faixa etária de 2008 a 2017.

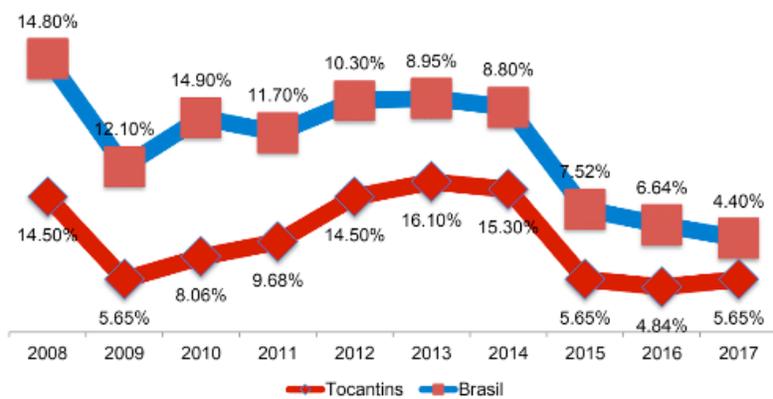


Figura 2 – Incidência de Leishmaniose cutânea no Tocantins e no Brasil, 2008 a 2017.

MORTALIDADE, TENDÊNCIA E ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS POR AIDS EM PERNAMBUCO

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 27/08/2020

Rafaela Gomes Ribeiro de Sá

Secretaria de Vigilância em Saúde do Recife.

Recife – Pernambuco

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5581451029128513>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7183-7949>

Lucilene Rafael Aguiar

Secretaria de Saúde do Estado de

Pernambuco.

Recife – Pernambuco

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0246796961021719>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4286-0378>

Romildo Siqueira de Assunção

Secretaria de Saúde do Estado de

Pernambuco.

Recife – Pernambuco

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9259397267550483>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2477-7143>

Aline Beatriz dos Santos Silva

Universidade Federal de Pernambuco-UFPE.

Programa de Pós-Graduação em Saúde

Coletiva-PPGSC.

Recife – Pernambuco

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1945226408679773>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9559-8524>

RESUMO: Objetivo: Analisar a tendência temporal da mortalidade e os anos potenciais de vida perdidos (APVP) por Aids na população residentes de Pernambuco, no período entre 1999 e 2013. **Métodos:** Estudo quantitativo, analítico

do tipo ecológico. Utilizou-se um conjunto de óbitos por Aids de residentes de Pernambuco. Corrigiu-se a subnotificação de casos no SINAN validando os óbitos existentes no SIM, realizou-se procedimentos de relacionamento das bases de dados entre os sistemas de informação SINAN, SISCEL, SICLOM e SIM. Realizou-se tendência temporal para os óbitos validados.

Resultados: A tendência temporal de todos os coeficientes de mortalidade por Aids foi de aumento (exceção para o sexo masculino) e a evolução temporal do coeficiente de APVP mostrou-se ascendente (ambos os sexos). **Conclusão:** Apesar do aumento observado na sobrevida das pessoas que vivem com Aids, essa doença como causa específica, ainda persiste com amplitude considerável, sendo responsável por milhares de APVP no estado de Pernambuco.

PALAVRAS - CHAVE: Anos Potenciais de Vida Perdidos; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Mortalidade; Aplicações da Epidemiologia.

MORTALITY, TENDENCY AND YEARS OF LIFE LOST POTENTIAL FOR AIDS IN PERNAMBUCO

ABSTRACT: Objective: To analyse the temporal trend of mortality and the Potential Years of Life Lost (PYLL) for Aids in residents of Pernambuco between 1999 to 2013. **Methods:** Quantitative, analytical, ecological study. Were used a set of Aids deaths belonging to Pernambuco. Were corrected all the underreporting of cases in SINAN, with the execution of a protocol of relationship between the information systems SINAN, SISCEL, SICLOM and SIM. The time

trend for validated deaths was performed. **Results:** The temporal trend of all Aids mortality coefficients was increased (except for males) and the temporal evolution of the PYLL coefficient showed upward (both sexes). **Conclusion:** Despite the increase in survival of people living with Aids, while the majority of cases of PYLL in the state of Pernambuco.

KEYWORDS: Potential Years of Life Lost; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Mortality; Uses of Epidemiology.

1 | INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), desde o seu surgimento na década de 80 do século passado, é considerada como problema de Saúde Pública que atinge de forma irregular diferentes segmentos da população, sendo representativa nas populações chave (homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo, mulheres trans). Uma estimativa de 36,9 milhões de pessoas vivem com HIV no ano de 2017 e 35,4 milhões de pessoas morreram por causas relacionadas à Aids desde o início da epidemia (UNAIDS, 2017).

Mesmo a taxa de mortalidade ainda ser representativa, com o advento da terapia antiretroviral (TARV) a nível global fez com que impactasse no declínio do número de mortes por causas relacionadas à Aids. Um fator a ser considerado é a adesão à TARV, principalmente entre as mulheres, evidenciando a queda importante de mortes para esse sexo (UNAIDS, 2017).

Analisando o período que compreende os anos de 2007 até 2018, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 247.795 casos de infecção pelo HIV no Brasil. A região sudeste lidera nas notificações (47,4%), seguida da região sul (20,5%). Nesse mesmo período, foram notificados 169.932 casos no sexo masculino e 77.812 no sexo feminino no Brasil (BRASIL, 2018).

O coeficiente de mortalidade em todos os estados da região Norte e Nordeste do Brasil apresentou tendência de crescimento, com exceção da Bahia e Roraima que apresentaram queda, assim como nas demais regiões do país. Vale ressaltar que a taxa de detecção desde os anos de 2012 diminuiu em 15,7%, com ressalva para as regiões Norte e Nordeste, as quais apresentaram tendência de crescimento na taxa de detecção, mas é observado pelo coeficiente de mortalidade que ainda é escassa a resolutividade dos casos confirmados (BRASIL, 2018).

Em Pernambuco, entre 2014 e 2016, foram notificados 5.222 casos de Aids, com aumento do coeficiente de incidência de 2,15% quando comparado os anos de 2015 e 2016, e uma média de 23,42 casos (PERNAMBUCO, 2017). A epidemia no estado apresenta como população expressiva a do sexo masculino (65,22%) e na faixa etária de 20 a 39 anos. Os municípios que apresentam as maiores quantidades de casos são Recife, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista, Caruaru, Cabo de Santo Agostinho, Petrolina, Ipojuca, Camaragibe e Abreu e Lima, estes representando 72% da carga de doença do

Estado (PERNAMBUCO, 2017).

A Aids representa uma epidemia de fenômeno global, instável e dinâmica. Sua forma de ocorrência depende, entre outros determinantes, do comportamento das pessoas de forma individual e coletiva, sendo necessário aferir as necessidades de saúde, de modo a observar os impactos que o adoecimento e a mortalidade causam em diferentes contextos geográficos (ABREU, et al., 2020).

Para essa finalidade são utilizados indicadores de morbidade e mortalidade, que se apresentam como instrumentos indispensáveis para caracterizar a situação de saúde e contribuir no direcionamento de decisões, possibilitando investigar e promover ações mais aproximadas do quadro de necessidades da população. Além de auxiliar no uso racional dos recursos disponíveis, os indicadores conseguem prever e mesmo verificar as mudanças na análise temporal e espacial (COMPARINI; SILVA; PEREIRA, 2017)

A imprecisão dos dados referentes à morbidade faz com que se utilizem com maior regularidade os dados de mortalidade por meio da análise de sua frequência, classificação e ordenamento. A magnitude da mortalidade na população tem sido, até então, prioritariamente descrita por intermédio das taxas de mortalidade e da mortalidade proporcional (LUCENA; SOUZA, 2009).

A utilização das taxas brutas e específicas de mortalidade não consegue expressar o impacto social que a morte representa nas coletividades. Assim, reconhece-se a lacuna que existe da necessidade de se discutir a morte prematura e as nuances que ela provoca, principalmente quando ocorre nas etapas em que a vida é potencialmente produtiva (GARCIA et al., 2017; ALMEIDA et al., 2013).

O valor social e econômico que a morte prematura representa para uma sociedade pode ser estudado epidemiologicamente, utilizando o indicador anos potenciais de vida perdidos (APVP). Este expressa, com base na idade esperada em que ocorreria o óbito, a quantidade de anos que se deixou de viver, e representa um indicador importante para mensurar a magnitude (quantidade de óbitos) e a transcendência que os óbitos de pessoas mais jovens produzem na população (SILVA, et al., 2019).

No contexto da Aids, em que a precocidade dos óbitos ainda é um fator importante e caracterizado como problema de saúde pública, o indicador de APVP mostra-se útil para analisar epidemiologicamente o agravo, por evidenciar a quantidade de anos que se deixou de viver (GARCIA et al., 2017).

A compreensão sobre a mortalidade e o impacto que o indicador de APVP por Aids no estado de Pernambuco, serve de base norteadora para implementação e fortalecimento de políticas que extrapolam o setor saúde. Visto que, a atenção prestada às pessoas que vivem com HIV repensou a forma de construir as políticas sociais, principalmente no enfrentamento ao persistente preconceito, o qual já deveria ser uma questão do passado (VIDAL, 2009).

Em busca de agregar tal conhecimento, esta pesquisa analisou a tendência temporal

da mortalidade e APVP por Aids em residentes de Pernambuco, no período de 1999 e 2013.

2 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico de abordagem quantitativa, analítica. Para isso, foi utilizado o conjunto de óbitos por Aids de residentes no estado de Pernambuco, no período entre 1999 a 2013, cuja causa básica informada na declaração de óbito (DO) com os códigos 279.1 da Classificação Internacional de Doenças (CID 9) e códigos B20 a B24 da CID 10, na faixa etária de 1 a 70 anos.

Os dados foram coletados a partir do SIM, do SISCEL (Sistema de Informação de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral) e do SICLOM (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos), além das estimativas populacionais realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Foram excluídos do estudo os óbitos por Aids notificados por ocorrência no estado de Pernambuco, que estejam em uma única base de dados (SIM- Sistema de Informação sobre Mortalidade e SINAN- Sistema de Informação de Agravos de Notificação).

Para corrigir a subnotificação de casos no SINAN e validar os óbitos existentes no SIM, realizaram-se procedimentos de relacionamento das bases de dados entre os sistemas de informação SINAN, SISCEL, SICLOM e SIM. Da base do SINAN, excluíram-se as duplicidades e foram verificados e acrescentados os casos não notificados neste sistema.

Para o relacionamento entre todas essas bases foram aplicados como campos de comparação as variáveis referente ao nome do paciente, nome da mãe e data de nascimento, e como chaves de blocagem as variáveis referentes ao sexo e os códigos fonéticos do primeiro e último nome do paciente, combinados de modos diferentes em três passos totalmente automatizados pelo software ReLink III. Após o relacionamento, estudou-se a tendência temporal utilizando apenas os óbitos verdadeiros (casos de óbitos registrados no SIM e em mais um dos sistemas SISCEL e SICLOM e validados no SINAN).

Para o estudo da tendência temporal, inicialmente foi obtido o coeficiente de mortalidade por Aids, bruto e ajustado, pelo método de padronização direto, para cada ano do estudo (1999-2013) sendo considerado como padrão a população brasileira do ano do meio dos triênios. Na análise foi utilizado o coeficiente de mortalidade geral, uma vez que, feita a padronização direta, não houve diferença entre taxas brutas e ajustadas.

O projeto da pesquisa foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa: Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) no 42645015.2.0000.5201.

3 | RESULTADOS

Esta análise evidencia uma evolução temporal da mortalidade por Aids em Pernambuco, compreendendo o período de 1999 a 2013. Totalizou-se 4.954 óbito com

causa básica Aids no período analisado, sendo 70% (n=3.347) no sexo masculino e 30% (n=1.607) no sexo feminino. A idade média dos óbitos por Aids foi de 48 anos (desvio padrão ± 11).

A análise da tendência temporal do coeficiente de mortalidade por Aids e dos APVP foi realizada por meio de modelos polinomiais (Tabela 1), por estes apresentarem alto poder estatístico e facilidade de formulação e interpretação dos resultados. A precisão do modelo foi avaliada pelo valor do coeficiente de determinação (R^2).

Coefficiente	β_0	β_1	R^2	p valor*	Tendência
Mortalidade por Aids					
Ambos os sexos	2,81	0,35	0,94	0,00	Ascendente
Masculino	7,91	-0,52	0,71	0,08	Descendente
Feminino	1,54	0,30	0,96	0,00	Ascendente
Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP)					
Ambos os sexos	1,08	0,08	0,80	0,04	Ascendente
Masculino	1,42	0,11	0,64	0,10	Ascendente
Feminino	0,63	0,04	0,50	0,18	Ascendente

β_0 : Intercepto;
 β_1 : Incremento médio anual
 * Nível descritivo para o teste de significância de $\beta_1=0$.

Tabela 1 - Coeficientes estimados para os modelos polinomiais ajustados aos coeficientes de mortalidade e de anos potenciais de vida perdidos segundo sexo. Pernambuco, 1999 a 2013.

O coeficiente de mortalidade por Aids representou 2,81/100.000 hab. e o declínio médio anual de 0,35 ($p=0,01$). Entre os anos extremos da série, esse coeficiente apresentou um aumento de 45,96%, passando de 3,22/100.000 hab., no triênio 1999-2001, para 4,70/100.000 hab. no triênio 2011-2013. A tendência linear temporal do coeficiente de mortalidade geral por Aids mostrou-se ascendente e estatisticamente significativa no estado de Pernambuco (Gráfico 1).

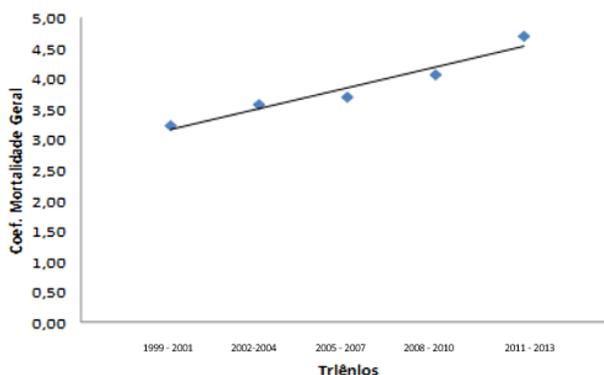


Gráfico 1 - Tendência temporal do coeficiente de mortalidade por Aids, por triênio de ocorrência. Pernambuco, 1999 - 2013.

Entre os extremos da série (1999-2001/2011-2013), o coeficiente de mortalidade por Aids, no sexo masculino, apresentou um descenso de 32,06%, passando de 7,91/100.000 habitantes, no triênio 1999 -2001, para 5,4/100.000 habitantes no triênio 2011-2013. O coeficiente de mortalidade por Aids, no sexo masculino, apresentou tendência temporal descendente estatisticamente não significativa, com coeficiente médio do período de 7,91/100.000 hab. e decréscimo de 0,52 ao ano ($p=0,08$).

Em Pernambuco, a tendência linear temporal do coeficiente de mortalidade por Aids no sexo feminino foi crescente e estatisticamente significativa ($p=0,00$). O coeficiente médio do período foi de 1,54/100.000 hab. e acréscimo de 0,30 ao ano. O coeficiente de mortalidade por Aids no sexo feminino passou de 1,85/100.000 hab., no triênio 1999-2001, para 3,08/100.000 hab., no triênio 2011-2013, representando um acréscimo de 66,49%.

Para análise dos APVP, utilizou-se o indicador relativo à morte prematura, o qual permitiu mensurar a transcendência das causas, isto é, o seu peso na prematuridade dos óbitos. Em Pernambuco, o total de APVP por Aids, no triênio 1999-2001, contabilizou 24.559 anos, passando para 38.464 anos no triênio 2011-2013, correspondendo a um acréscimo de 56,62% (Tabela 2). Nesse mesmo período, o total de anos perdidos por morte prematura foi de 154.498 anos, dos quais 101.443 anos para o sexo masculino e 53.055 anos para o sexo feminino.

Triênio	APVP por faixa etária							TOTAL APVP
	1-12	13-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	
1999 -2001	254	648	7.599	10.757	4.055	1.132	116	24.559
2002-2004	508	432	7.917	11.893	5.687	1.349	138	27.922
2005-2007	318	540	6.780	12.603	6.809	4.247	176	31.471
2008-2010	445	378	7.417	13.419	8.007	2.170	248	32.083
2011-2013	254	810	9.055	15.620	8.925	3.410	391	38.464

Tabela 2 – Anos Potenciais de vida perdidos, segundo faixa etária e triênio de ocorrência. Pernambuco, 1999 - 2013.

Para os anos potenciais de vida perdidos por Aids, o coeficiente do termo linear foi estatisticamente significativo ($p=0,04$). O coeficiente ajustado para o período foi de 1,08/100.000 hab. e acréscimo médio anual de 0,08. O coeficiente de mortalidade por Aids foi de 1,20/100.000 hab., no triênio 1999-2001, e 1,54/100.000 hab. no triênio 2011-2013, apresentando um aumento de 28,67% no período (Gráfico 2).

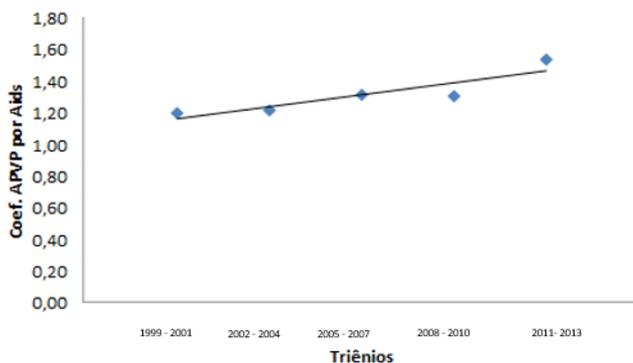


Gráfico 2 - Tendência temporal do coeficiente de Anos Potências de Vida Perdido por Aids, por triênio de ocorrência. Pernambuco, 1999 - 2013.

Para o sexo masculino e feminino a tendência temporal do coeficiente de anos potenciais de vida perdido foi ascendente, porém não estatisticamente significativa.

O sexo masculino apresentou o coeficiente linear médio de 1,42 e incremento de 0,11 ao ano ($p=0,10$), no período analisado (Tabela 1). Observou-se uma evolução de aumento de 33,39% nesse período, passando de 1,58/100.000 hab., no triênio 1999-2001, para 2,11/100.000 hab. no triênio 2011-2013.

Coeficiente	β_0	β_1	R ²	p valor*	Tendência
Mortalidade por Aids					
Ambos os sexos	2,81	0,35	0,94	0,00	Ascendente
Masculino	7,91	-0,52	0,71	0,08	Descendente
Feminino	1,54	0,30	0,96	0,00	Ascendente
Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP)					
Ambos os sexos	1,08	0,08	0,80	0,04	Ascendente
Masculino	1,42	0,11	0,64	0,10	Ascendente
Feminino	0,63	0,04	0,50	0,18	Ascendente

β_0 : Intercepto;

β_1 : Incremento médio anual

* Nível descritivo para o teste de significância de $\beta_1=0$.

Tabela 1 - Coeficientes estimados para os modelos polinomiais ajustados aos coeficientes de mortalidade e de anos potenciais de vida perdidos segundo sexo. Pernambuco, 1999 a 2013.

No sexo feminino, o coeficiente de anos potenciais de vida perdidos apresentou média de 0,63/100.000 hab. no período, acréscimo anual de 0,08 e tendência ascendente estatisticamente não significativa ($p=0,18$) (Tabela 1). Nesse período, o coeficiente de anos potenciais de vida perdido apresentou um aumento de 49,14%, passando de 0,67/100.000

hab., no triênio 1999-2001, para 1,00/100.000 hab. no triênio 2011-2013.

4 | DISCUSSÃO

Inicialmente é importante considerar que as informações contidas na análise deste artigo provêm de dados secundários, o que pode trazer limitações ligadas à qualidade das informações com vieses de resultados. Assim como, enfatizar sobre as limitações dos dados de mortalidade, os quais apresentam dificuldades estruturais tais como: acesso diferenciado aos serviços de saúde, dificuldades no diagnóstico, erro no preenchimento da declaração de óbito, na codificação da causa básica e até no processamento dos dados (CARMO, et al., 2019).

Considerando a evolução da mortalidade por Aids observou-se que a doença ainda registra o maior número de óbitos em pessoas do sexo masculino nos triênios estudados. Estudo semelhante, realizado em Caruaru - PE, nos anos de 2000 a 2006, encontrou que a doença atingiu mais homens do que mulheres, sendo registrados ao todo 201 casos em homens, e 117 casos em mulheres. Embora o número de pacientes masculinos ainda seja maior que o feminino, esses resultados permitem dialogar a respeito do processo de feminização da Aids, com a redução do diferencial de mortalidade em relação aos homens (MACIEL et al., 2010).

Em nível nacional, têm-se o destaque para a diminuição na tendência de mortalidade. Em estudo realizado pelo Ministério da Saúde, a mortalidade por Aids caiu em cerca de 13% na última década no país, passando de 6,4 casos de mortes por 100 mil habitantes em 2003, para 5,7 casos em 2013. Esses números diferem do que foi encontrado em estudo realizado em Caruaru, em que os coeficientes de mortalidade apresentaram tendência ascendente, corroborando com os dados do presente estudo (MACIEL et al., 2010).

Alguns autores indicam que o aumento da mortalidade se deve à baixa adesão ao tratamento, que embora disponível na rede de saúde, não tenha sido adequada, e ainda as ações de vigilância no tocante a notificação da doença tenha sido aperfeiçoada, aumentando assim o número de óbitos (BRASIL, 2018; MACIEL et al., 2010).

Em Pernambuco, o comportamento da tendência de mortalidade por Aids em pacientes do sexo masculino mostrou-se similar com os resultados de um estudo realizado no Sudeste, onde a queda da mortalidade em homens foi evidente, com redução de 19,37% no período de 1995 a 1998 (ALMEIDA et al., 2013).

O Ministério da Saúde, no Boletim epidemiológico, mostra que enquanto a mortalidade masculina tem diminuído ano a ano, passando de 14,4/100.000, em 1996, para 8,8/100.000, em 2002 – decréscimo de 39% ($p=0,057$), a mortalidade feminina apresentou queda apenas em 1997, nos anos seguintes, suas taxas se mantiveram em torno de 3,7/100.000 (BRASIL, 2013).

Em pessoas do sexo feminino não houve estabilização ou queda esperada do

coeficiente de mortalidade, assim como em estudo realizado no Maranhão, ratificando o processo de feminização da doença, refletindo no papel que a mesma ocupa na sociedade (MOURA; FARIA, 2017).

Deve-se atentar para o fato de que a tendência de crescimento da epidemia de Aids em mulheres se manifesta, especialmente, entre aquelas de classe economicamente baixa e com pouca escolaridade, que desconhecem a forma como foram infectadas, além de obterem diagnóstico da infecção pelo HIV mais tardiamente (MOURA; FARIA, 2017).

A morte prematura tem impactos importantes na sociedade. A análise desta a partir do indicador APVP denota a importância de demonstrar a vulnerabilidade existente na morte de pessoas mais jovens, uma vez que essa morte pode ser evitada (SILVA, et al., 2019).

Os APVP traduzem as despesas indiretas dos óbitos por Aids, ou seja, as perdas de produção e de produtividade decorrentes da doença, não atribuindo a esse custo um valor monetário, senão apenas um valor impalpável (CDC, 2002).

Um estudo conduzido em Pernambuco mostrou a ascensão do coeficiente de APVP no estado. Isso pode sugerir a difusão da doença em pessoas mais velhas ou ainda a diminuição dos óbitos com causa mal definidas, apontando a avanço do sistema de vigilância e investigação de óbitos, contribuindo para melhor preenchimento das declarações de óbitos e nas codificações de causa básica (LUCENA; SOUZA, 2009).

Na Zona da Mata de Pernambuco, os APVP apresentaram incremento de 73,28%, o que sugere a interiorização da epidemia, concordando com tendências recentes das encontradas em outros estados do Brasil (LUCENA; SOUZA, 2009). Esse incremento também foi encontrado para os triênios estudados no presente estudo.

Indicadores que referem à totalidade da população podem esconder a chamada polarização social, que é representada pelas desigualdades sociais entre grupos populacionais diferentes que não possuem as mesmas condições de moradia, alimentação, educação e acesso a saúde (SOUZA; PINTO-JÚNIOR, 2016).

Os resultados observados neste estudo demonstram que a tendência temporal de todos os coeficientes de mortalidade por Aids foi ascendente, com exceção no sexo masculino, sendo estatisticamente irrelevante. Por outro lado, a evolução temporal do coeficiente de anos potenciais de vida perdidos apresentou tendência de ascensão para ambos os sexos, mostrando a importância do indicador APVP na análise da mortalidade por Aids.

O uso das tendências e do indicador APVP, revelou a amplitude do impacto das mortes prematuras sobre grupos populacionais, uma vez que, apesar do aclave observado na sobrevivência das pessoas que vivem com Aids, essa doença como causa específica, ainda é responsável por milhares de APVP em Pernambuco.

Desta análise, ainda foi possível considerar que Pernambuco vem acompanhando as mudanças na trajetória da Aids, sendo observadas nesse estudo três das tendências nacionais da epidemia: a feminização, e interiorização da doença e a maior sobrevivência dos

pacientes vivendo com HIV/ Aids.

5 | CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Todos os autores participaram das seguintes etapas: 1) concepção do estudo, aquisição de dados, e análise e interpretação de dados; 2) elaboração do artigo e revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; 3) aprovação final do manuscrito para submissão.

REFERÊNCIAS

ABREU, P.D. *et al.* **Representações sociais de mulheres transexuais vivendo com HIV/Aids.** Rev. Bras. Enferm., v.73, n.3, 2020.

ALMEIDA, A.P.B., *et al.* **Anos potenciais de vida perdidos por acidentes de transporte no Estado de Pernambuco, Brasil, em 2007.** Epidemiologia Serv. Saúde. 2013; vol. 22, n.2, p. 235-242.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais. Ministério da Saúde. Doenças de Transmissão Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis [Internet]. **Boletim Epidemiológico Aids**; Ano II, n. 1, 2013. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/_p_boletim_2013_internet_pdf_p__51315.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV AIDS 2018.** 49(53); 72p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaids-2018>

CARMO, R.A., *et al.* **Subnotificação de óbitos por AIDS no Brasil: Linkage dos registros hospitalares com dados de declaração de óbito.** Cien Saude Colet, 2019.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. **Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and economic costs – United States, 1995-1999.** v.51, n.14, p.300-303, 2002.

COMPARINI, R.A.; SILVA, E.T.; PEREIRA, D.C.R. **Estratégias de ampliação do diagnóstico da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana no Brasil, 2015.** Com. Ciências Saúde, v.28, n.2, p.158-167, 2017.

GARCIA, L.A.A. **Anos potenciais de vida perdidos e tendência de mortalidade na população adulta em um município do Triângulo Mineiro, 1996-2013.** Medicina (Ribeirão Preto, Online.), v.50, n.4, p.216-26, 2017.

LUCENA, R.M.; SOUSA, J.L. **Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) por AIDS: Pernambuco, 1996 e 2005.** DST J Bras Doenças Sex Transm. v.21, p.136-142, 2009.

MACIEL, S.S. *et al.* **Epidemiological profile of aids in Caruaru city, PE.** Rev Enferm UFPE. 2010; 4(4):1801-1807. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/6366>

MOURA, J.P.; FARIA, M.R. Caracterização e perfil epidemiológico das pessoas que vivem com HIV/Aids. Rev enferm UFPE on line., v.11, supl. 12, p.5214-20, 2017.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Boletim HIV/Aids. Ano 7. 2017. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/secretaria-executiva-de-vigilancia-em-saude/ses-lanca-novo-boletim-epidemiologico-de-hiv-e>

SILVA, A.B.S. *et al.* Anos Potenciais de Vida Perdidos por leishmaniose visceral em Pernambuco de 2013 a 2017. *In:* Saúde Pernambuco: reflexões, evidências e experiências da vigilância em saúde. Recife, 2019. p.311-324.

SOUZA; A.I.A.; PINTO-JÚNIOR, V.L. **Análisis espacial y temporal de los casos de SIDA en Brasil, 1996-2011: aumento de las áreas de riesgo con el tiempo.** Epidemiol. Serv. Saúde, v.25, n.3, 2016.

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. **Sobre a Aids: Estatísticas** [Internet]. Organização das Nações Unidas (ONU); 2017 [citado 2019 jul 10]. Disponível em: <https://unaids.org.br/estatisticas/>

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. **Ending Aids: Progress towards the 90-90-90 targets.** Organização das Nações Unidas (ONU); 2017. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf

VIDAL, E.C.F. *et al.* **Políticas Públicas para pessoas com HIV: discutindo direitos sexuais e reprodutivos.** Rev. Rene. Fortaleza. 2009 abr-jun; 10(2):166-174.

CAPÍTULO 15

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PESSOAS VIVENDO COM HIV ADMITIDAS EM UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO DE UMA POLICLINICA DE REFERÊNCIA DA CIDADE DE MANAUS-AM

Data de aceite: 01/10/2020

Tainan Fabrício da Silva

Link para Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4999804014381130>

Yamile Alves Silva Vilela

Link para Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5445770521904227>

RESUMO: HIV é a sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana. Causador da AIDS, ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças. O presente trabalho foi elaborado com o objetivo de apresentar o perfil epidemiológico de pessoas que vivem com HIV/Aids que foram admitidas em um Serviço de Atendimento Especializado de uma Policlínica de referência da cidade de Manaus, estado do Amazonas, durante os meses de abril, maio e junho do ano de 2020. Trata-se de uma pesquisa transversal, quantitativa, descritiva, realizada em um Serviço de Atendimento Especializado (SAE) de uma Policlínica de Referência que acompanha pessoas que vivem com HIV, localizada na zona leste da cidade de Manaus, estado do Amazonas. Foram admitidos e atendidos no serviço, nesse período, 51 novos usuários, sendo 12 do sexo feminino e 39 do sexo masculino. Com relação à idade dos usuários atendidos nesse período, notou-se uma prevalência de 65% em usuários com idade na faixa etária de 19 a 29 anos. O maior índice de escolaridade dos novos usuários admitidos nesta unidade de saúde, no referido

período, possui o ensino médio completo, correspondendo a 50,98%. Conclui-se que é necessário ampliar cada vez mais as ações de educação e promoção em saúde, diagnóstico, tratamento e acompanhamento desse usuário com a equipe multiprofissional e interdisciplinar desse serviço.

PALAVRAS-CHAVE: HIV. AIDS. Infectologia

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PEOPLE LIVING WITH HIV ADMITTED TO A SPECIALIZED CARE SERVICE OF A REFERENCE POLICYLINIC IN THE CITY OF MANAUS-AM

ABSTRACT: HIV is the acronym for human immunodeficiency virus. Causing AIDS, attacks the immune system, responsible for defending the organism from diseases. The present work was developed with the objective of presenting the epidemiological profile of people living with HIV/AIDS who were admitted to a Specialized Service of a reference Polyclinic in the city of Manaus, state of Amazonas, during the months of April, May and June of the year 2020. This is a cross-sectional, quantitative, descriptive research, carried out in a Specialized Care Service (SAE) of a Reference Polyclinic that monitors people living with HIV, located in the east of the city of Manaus, state of Amazonas. During this period, 51 new users were admitted and served in the service, 12 of whom were female and 39 were male. Regarding the age of users seen in this period, there was a prevalence of 65% in users aged 19 to 29 years. The highest level of education of new users admitted to this health unit, in that period, has completed high

school, corresponding to 50.98%. It is concluded that it is necessary to expand more and more the actions of education and promotion in health, diagnosis, treatment and monitoring of this user with the multidisciplinary and interdisciplinary team of this service.

KEYWORDS: HIV. AIDS. INFECTOLOGY

1 | INTRODUÇÃO

HIV é a sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana. Causador da AIDS, ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças. As células mais atingidas são os linfócitos T CD4+ e é alterando o DNA dessa célula que o HIV faz cópias de si mesmo. Depois de se multiplicar, rompe os linfócitos em busca de outros para continuar a infecção. O HIV é um retrovírus, classificado na subfamília dos *Lentiviridae*. Esses vírus compartilham algumas propriedades comuns: período de incubação prolongado antes do surgimento dos sintomas da doença, infecção das células do sangue e do sistema nervoso e supressão do sistema imune (BRASIL, 2018).

Desde o início da década de 80, no século XX, a identificação do HIV/Aids, constitui um desafio para a comunidade científica global, pois é considerado um problema de saúde pública, de grande magnitude e caráter pandêmico que envolve diversos atores sociais, atingindo os indivíduos sem distinção social, econômica, racial, cultural ou política (PERUCCHI et al., 2011).

O surgimento e a dinâmica de evolução da doença repercutiram sobre as instituições e os profissionais da saúde, inserindo-se no cotidiano dos serviços de saúde no Brasil, com importantes implicações para as políticas públicas e para a constituição de práticas assistenciais (OLIVEIRA, 2013).

Nos seis primeiros meses de 2019, 680 casos de HIV foram notificados no Amazonas. Já a Aids atingiu quase 17.800 amazonenses nos últimos 20 anos, segundo dados do último Boletim Epidemiológico HIV/Aids, divulgado pelo Ministério da Saúde. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a OMS, todos os dias, ocorrem 1 milhão de novas Infecções Sexualmente Transmissíveis no mundo e a maior preocupação das autoridades em Saúde brasileiras é com os jovens (BRASIL, 2019).

No que diz respeito ao cuidado clínico à pessoa que vive com HIV/Aids, na atuação nos serviços brasileiros, define-se o momento de “vinculação”, que é o processo que consiste no acolhimento, orientação, direcionamento e encaminhamento de uma pessoa recém-diagnosticada com HIV ao serviço de saúde para que ela realize as primeiras consultas e exames o mais brevemente possível e desenvolva autonomia para o cuidado contínuo. O desfecho principal para considerar uma Pessoa Vivendo com HIV (PVHIV) vinculada é a realização da primeira consulta no serviço de atenção para o qual foi encaminhada e, de preferência, seu início de tratamento o mais rápido possível (BRASIL, 2018).

O Serviço de Assistência Especializada (SAE) Doutor Antônio Comte Telles,

localizado na Policlínica de mesmo nome, situado no bairro São José, na zona leste da cidade de Manaus – AM iniciou suas atividades em 2005. Atualmente sua equipe é composta por dois médicos infectologistas, duas enfermeiras e quatro técnicos de enfermagem vinculados à Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA). O SAE conta ainda com uma equipe de pesquisadores da Aids Healthcare Foundation (AHF – Brasil) formada por um médico clínico, um enfermeiro e uma navegadora. Até o fechamento deste boletim, o referido SAE contava com um total de 2196 usuários.

O presente trabalho foi elaborado com o objetivo de apresentar o perfil epidemiológico de pessoas que vivem com HIV/Aids que foram admitidas em um Serviço de Atendimento Especializado de uma Policlínica de referência da cidade de Manaus, estado do Amazonas, durante os meses de abril, maio e junho do ano de 2020.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa transversal, quantitativa, descritiva, realizada em um Serviço de Atendimento Especializado (SAE) da Policlínica de Referência Doutor Antônio Comte Telles que acompanha pessoas que vivem com HIV, localizada na zona leste da cidade de Manaus, estado do Amazonas.

As informações foram obtidas de prontuários e banco de dados do próprio setor. A coleta de dados se referiu à usuários admitidos no serviço nos meses de abril, maio e junho de 2020. Os dados gerados foram tratados utilizando-se do aplicativo Office Excel 2010 e analisados em frequências absolutas e relativas, apresentados sob a forma de tabelas e gráficos.

Os dados utilizados neste estudo foram devidamente referenciados, respeitando e identificando seus autores e demais fontes de pesquisa, observando rigor ético quanto à propriedade intelectual dos textos científicos que foram pesquisados, no que diz respeito ao uso do conteúdo e de citação das partes das obras consultadas.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram admitidos e atendidos no serviço, nesse período, 51 novos usuários, sendo 12 do sexo feminino e 39 do sexo masculino, conforme mostrado na tabela 1. Nota-se uma porcentagem aumentada no número de pessoas que vivem com HIV do sexo masculino.

SEXO	N	%
Feminino	12	24%
Masculino	39	76%
TOTAL	51	100%

Tabela 1 – Sexo dos usuários

Com relação à idade dos usuários atendidos nesse período, notou-se uma prevalência de 65% em usuários com idade na faixa etária de 19 a 29 anos. Os casos de crianças expostas são referenciados para Fundação de Medicina Tropical, situada na zona centro oeste da cidade de Manaus.

IDADE	N	%
0 – 18 Anos	2	4%
19 – 29 Anos	33	65%
30 – 39 Anos	7	14%
40 – 49 Anos	7	14%
50 – 59 Anos	2	4%
TOTAL	51	100%

Tabela 2 – Idade dos usuários

Conforme tabela 3, o maior índice de escolaridade dos novos usuários admitidos nesta unidade de saúde, no referido período, possui o ensino médio completo, correspondendo a 50,98%.

ESCOLARIDADE	N	%
Fundamental Incompleto	6	11,76%
Fundamental Completo	4	7,84%
Médio Completo	26	50,98%
Médio Incompleto	4	7,84%
Superior Completo	3	5,88%
Superior Incompleto	4	7,84%
Não Declarado	4	7,84%
TOTAL	51	100,00%

Tabela 3 – Escolaridade dos usuários

Um dos pilares da cascata de cuidado contínuo do HIV, segundo Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos, é o processo de retenção, que consiste no acompanhamento clínico regular e contínuo da pessoa que vive com HIV já vinculada ao serviço de saúde, garantindo que ela compareça às consultas, faça exames regularmente e, se estiver em terapia, realize também o seguimento do seu tratamento, respeitando a sua autonomia. Um paciente retido no serviço é aquele que realiza exames e/ou retira os medicamentos antirretrovirais sistematicamente, sem faltar às consultas (BRASIL, 2018).

Quando observado a zona da unidade de saúde de origem do usuário, observou-se a incidência de 57% dos usuários provenientes da zona leste de Manaus, mesma zona

de localidade do referido SAE, seguida pela zona centro oeste (24%). Observa-se ainda a incidência de 2% de usuários provenientes de outros estados.

ZONA DA UNIDADE DE SAÚDE DE ORIGEM	N	%
Norte	1	2%
Sul	5	10%
Leste	29	57%
Centro Oeste	12	24%
Municipal	1	2%
Desconhecido	2	4%
De outro estado	1	2%
TOTAL	51	100%

Tabela 4 – Zona da unidade de saúde de origem do usuário

Ao relacionarmos a zona de origem e a zona de residência dos usuários, nota-se que uma prevalência de 82% residentes na zona leste da cidade de Manaus, expondo desta maneira que grande parte destes usuários optam por realizar o acompanhamento clínico na mesma zona de residência.

ZONA DE RESIDÊNCIA	N	%
Norte	4	8%
Sul	1	2%
Leste	42	82%
Centro Sul	1	2%
Não Informado	3	6%
TOTAL	51	100%

Tabela 5 – Zona da residência do usuário

Segundo dados do Ministério da Saúde, o uso de álcool pode interferir negativamente, de diversas formas, na efetividade do tratamento de pessoas vivendo com HIV – PVHIV, os usuários de álcool tendem a manter estilos de vida mais instáveis, apresentam menor suporte social, seguem com menos regularidade os agendamentos de exames e consultas, utilizam frequentemente serviços de emergência e estão mais vulneráveis a comorbidades clínicas e psiquiátricas (OLIVEIRA, 2013).

Ao analisarmos os dados referentes a consumo de substâncias lícitas, identificamos maior incidência entre usuários que não praticam etilismo e tabagismo (37%), em seguida demonstra-se o percentual de 27% de usuário que fazem uso de álcool e 22% de álcool e tabaco, conforme tabela seguinte.

CONSUMO LÍCITO	N	%
Etilismo	14	27%
Tabagismo	2	4%
Etilismo e Tabagismo	11	22%
Não Etilismo e Não Tabagismo	19	37%
Não Informado	5	10%
TOTAL	51	100%

Tabela 6 – Consumo de substâncias lícitas

Quantificamos ainda critérios relacionados a adesão ao tratamento, que consiste na utilização ideal dos medicamentos antirretrovirais da forma mais próxima possível àquela prescrita pela equipe de saúde, respeitando as doses, horários e outras indicações. A adesão também é um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado esquema terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre a terapia. A tabela seguinte demonstra que 88% dos usuários deste SAE estão em uso regular de TARV.

EM USO DE ANTIRRETROVIRAIS	N	%
Sim	45	88%
Não	6	12%
TOTAL	51	100%

Tabela 7 – Uso de antirretrovirais

Destes, 76% iniciaram uso de medicamentos antirretrovirais após admissão no SAE Comte Telles e 24% já chegaram na referida unidade em uso de TARV, conforme exposto a seguir.

LOCAL DE INICIO DE ANTIRRETROVIRAIS	N	%
SAE	34	76%
Unidade de saúde de origem	11	24%
TOTAL	45	100%

Tabela 8 – Local de início de antirretrovirais

Cientes que 34 usuários iniciaram uso de TARV no referido SAE, foi analisado o período de dias corridos entre o período de admissão do usuário na unidade de saúde e data de início de uso de antirretrovirais. Foi identificado, portanto, que 59% dos usuários iniciaram TARV no período de 16 a 30 dias, seguidos por 29% que iniciaram até 15 dias após admissão e 12% iniciaram após 30 dias da data de admissão, conforme tabela 9.

INTERVALO DE DIAS ENTRE DATA ADMISSÃO E DATA DE INÍCIO DE TARV	N	%
0 – 15 Dias	10	29%
16 – 30 Dias	20	59%
> 30 Dias	4	12%
TOTAL	34	100%

Tabela 9 – Intervalo de dias entre admissão e início de TARV de novos usuários

A tabela seguinte expõe o intervalo de dias corridos entre o diagnóstico de novos usuários e a data de início de uso de antirretrovirais. O índice referente a 50% dos novos usuários admitidos em abril, maio e junho de 2020, iniciaram TARV após mais de 30 dias da data de recebimento do diagnóstico reagente para HIV, seguidos por 38% que iniciaram TARV no intervalo de 16 a 30 dias após o recebimento do diagnóstico e 12% em até 15 dias após o recebimento do diagnóstico.

INTERVALO DE DIAS ENTRE DATA DIAGNOSTICO E DATA DE INÍCIO DE TARV	N	%
0 – 15 Dias	4	12%
16 – 30 Dias	13	38%
> 30 Dias	17	50%
TOTAL	34	100%

Tabela 10 – Intervalo de dias entre diagnóstico e início de TARV de novos usuários

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso universal e livre ao tratamento do HIV/Aids constitui a principal base técnica e ética da assistência aos que vivem com Aids no Brasil. Faz-se necessário ampliar cada vez mais as ações de educação e promoção em saúde, diagnóstico, tratamento e acompanhamento desse usuário com a equipe multiprofissional e interdisciplinar desse serviço.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília – DF, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Número Especial. Brasília – DF, 2019.

OLIVEIRA, D.C. Construction and transformation of social representations of AIDS and implications for health care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [online]. 2013. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_34.pdf.

PERUCCHI, J.; RODRIGUES, F.D.; JARDIM, L.N.; CALAIS, L.B. Psicologia e políticas públicas em HIV/AIDS: algumas reflexões. ***Psicologia & Sociedade***. 2011;23(n. spe.):72-80.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E PREVALÊNCIA DOS CASOS DE SÍFILIS E HIV NA REGIÃO SUL DO BRASIL: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 07/07/2020

Karine Raiane Cabreira de Oliveira

Universidade Estadual do Oeste do Paraná –
UNIOESTE Cascavel – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/8125892841787608>

Oscar Kenji Nihei

Universidade Estadual do Oeste do Paraná -
Foz do Iguaçu – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/8679080014455133>

Monica de carvalho

Universitário do Oeste do Paraná
Cascavel – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/1407969981966599>

RESUMO: Dentre as doenças infecciosas prevalentes no mundo estão as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), que podem ser causadas por vírus, bactérias, fungos e alguns protozoários. Atualmente, trata-se de uma epidemia global. Entre as principais doenças sexualmente transmissíveis destacam-se a Sífilis e o HIV (vírus da imunodeficiência adquirida humana). Dada a importância dessas doenças para a saúde pública, o presente estudo objetivou conhecer o perfil epidemiológico e a prevalência dessas infecções na região Sul do Brasil por meio de revisão da literatura científica, tendo como pergunta norteadora: *Qual a prevalência e o perfil epidemiológico de HIV e sífilis na região Sul do Brasil?* Os principais temas identificados nos artigos estavam relacionados ao perfil

e prevalência de HIV e sífilis em gestantes. Todos os artigos sobre sífilis analisados encontraram resultados similares, destacando que a prevalência da doença está relacionada a população mais jovem, com baixa escolaridade, baixa renda familiar, profissão do lar, mulheres com mais de um filho e com histórico de aborto, raça ou cor branca. Quanto ao HIV, os estudos demonstraram que sua prevalência se concentra em indivíduos jovens, de baixa ou média escolaridade e baixa renda familiar, e associa-se ao uso de drogas ilícitas. Diante dos resultados obtidos neste estudo, faz-se necessário atentar para as medidas de prevenção e controle de HIV e sífilis. Sugere-se novos estudos e incentivo a pesquisas a respeito de HIV e sífilis para que se conheça o cenário atual e a tendência dessas doenças na região Sul do país, possibilitando o planejamento de estratégias de prevenção e tratamento.

PALAVRAS - CHAVE: HIV, sífilis, perfil, prevalência.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE E PREVALENCE OF SYPHILIS AND HIV CASES IN SOUTHERN BRAZIL: A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Among the prevalent infectious diseases in the world are Sexually Transmitted Infections (STIs), which can be caused by viruses, bacteria, fungi and some protozoa. It is currently a global epidemic. Among the main sexually transmitted diseases are syphilis and HIV (human acquired immunodeficiency virus). Given the importance of these diseases for public health, the present study aimed to know the

epidemiological profile and the prevalence of these infections in the southern region of Brazil through a review of the scientific literature, with the guiding question: What is the prevalence and epidemiological profile of HIV and syphilis in southern Brazil? The main themes identified in the articles were related to the profile and prevalence of HIV and syphilis in pregnant women. All the syphilis articles analyzed found similar results, highlighting that the prevalence of the disease is related to a younger population, with low education, low family income, home profession, women with more than one child and with a history of abortion, white race/color. For HIV, studies have shown that its prevalence is concentrated in young individuals, with low or medium education and low family income, and is associated with the use of illicit drugs. In view of the results obtained in this study, it is necessary to pay attention to measures for the prevention and control of HIV and syphilis. It is suggested that further studies and research be carried out on HIV and syphilis so that the current scenario and the trend of these diseases in the South of the country are known, enabling the planning of prevention and treatment strategies.

KEYWORDS: HIV, syphilis, profile, prevalence.

1 | INTRODUÇÃO

O perfil epidemiológico em relação às infecções sexualmente transmissíveis no âmbito mundial sofreu mudanças nas últimas décadas devido ao aumento considerável das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Apesar disso, doenças infecciosas, que antigamente eram a principal causa de morte, representam ainda, grave problema de saúde pública (Aragão *et al.*, 2016).

Dentre as doenças infecciosas predominantes no mundo estão as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), um grupo de doenças infecciosas que podem ser causados por mais de 30 agentes etiológicos, segundo o Ministério da Saúde (MS), dentre eles pode-se citar os vírus, as bactérias, os fungos e alguns protozoários. A transmissão de uma IST ocorre principalmente pelo contato sexual, porém, também pode ocorrer por via transplacentária ou durante o parto, e eventualmente por via sanguínea. Atualmente, trata-se de uma epidemia global (Organização Mundial da Saúde, 2007; Brasil, 2015; Aragão *et al.*, 2016).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2007, a estimativa de novos casos de IST no mundo a cada ano era de cerca de 340 milhões. Em 2013, a estimativa diária era de um milhão de pessoas contraindo uma das IST's curáveis e cerca de 500 milhões ao ano. Com o objetivo de reduzir esse número, faz-se necessário realizar ações não somente individuais para aqueles que já possuem alguma IST, mas também com indivíduos em vulnerabilidade (Brasil, 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), recomenda diretrizes para prevenção e tratamento da infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida humana (HIV) e outras infecções sexualmente transmissíveis em países de baixa renda, com uma abordagem de saúde pública, uma vez que, parcelas da população tem apresentado maior vulnerabilidade

às infecções por sífilis e HIV. Além de considerar a necessidade dos profissionais de saúde de estarem preparados para lidar com a questão da susceptibilidade de contaminação a que diferentes grupos populacionais estão sujeitos, a qual urge ações voltadas a educação em saúde (OMS, 2015).

Entre as principais doenças sexualmente transmissíveis destacam-se a Sífilis e o HIV. A sífilis é uma doença infectocontagiosa, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que atinge cerca de 12 milhões de pessoas no mundo, sua evolução pode ser crônica e assintomática. As regiões mais afetadas são África Subsaariana, América Latina e Sudeste Asiático, estando os países emergentes responsáveis pela maior incidência (AQUINO & SILVA, 2015; SILVA *et al.*, 2020).

Existem duas categorias, a sífilis adquirida, que se refere à infecção transmitida por via sexual ou hematogênica, dividida em várias fases, sendo primária, secundária e terciária, e a sífilis congênita que é aquela cuja transmissão ocorre por via transplacentária de mãe para o feto devido ao tratamento inadequado ou a falta dele (AQUINO & SILVA, 2015; MARASCHIN *et al.*, 2018).

A manifestação inicial da doença ocorre com uma pequena ferida nos órgãos sexuais, chamada de cancro duro, e com ínguas na virilha. Esses sinais surgem silenciosamente entre a segunda ou terceira semana após o contato com a bactéria, não apresentando dor, prurido ou exsudato. A falta de tratamento da doença ou tratamento de forma incorreta acarreta o avanço pelo organismo, podendo surgir manchas em várias partes do corpo, cegueira, doença do coração, paralisias. O tratamento para a sífilis é realizada por meio da utilização de antibióticos (SILVA *et al.*, 2020).

Em gestantes, a sífilis pode causar aborto, natimorto ou má formação do feto, assim, o acesso à assistência pré-natal deve ocorrer precocemente, de forma qualificada, garantindo-se o acesso à sorologia para sífilis e tratamento das gestantes infectadas, visto que o diagnóstico e tratamento precoces são essenciais na prevenção da sífilis congênita (GUANABARA *et al.*, 2017).

O boletim epidemiológico da sífilis, do Ministério da Saúde em 2015, mostrou que no Brasil em 2004 a taxa de infecção era de 1,7 casos para cada 1.000 nascidos vivos e em 2013, essa taxa aumentou para 4,7. A taxa de mortalidade infantil por sífilis também aumentou nos últimos dez anos, no Brasil, passando de 2,2 mortes por 100.000 nascidos vivos em 2004, para 5,5 em 2013 (BRASIL, 2015).

Assim como a sífilis, outra doença de grande importância epidemiológica é a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), que se tornou um grave problema de saúde pública no mundo, os primeiros casos foram detectados nos Estados Unidos, Haiti e África Central. Trata-se do estágio mais avançado da infecção pelo HIV, que afeta o sistema imunológico e deixa o organismo vulnerável a infecções. O HIV é transmitido principalmente por via sexual quando não se utiliza preservativo e pode ser transmitida da mãe para o feto durante a gestação, parto ou amamentação, manejo de material biológico

infectado, uso de materiais não esterilizados e transfusão sanguínea (DARTORA *et al.*, 2017).

A partir do ano de 1996, foi instituído o Programa Nacional de DST-AIDS, que disponibilizou a terapia antirretroviral de alto impacto (HAART) e ações profiláticas também para gestantes de recém-nascidos expostos. A transmissão vertical de HIV reduziu consideravelmente nos últimos anos, o acesso a medicamentos e cuidados tem gerado aumento na sobrevivência do paciente portador de HIV, cenário dificilmente visualizado há 20 anos (MELO *et al.*, 2016).

Cientes da importância dessas doenças para a saúde pública, o presente estudo teve como objetivo identificar a prevalência e o perfil epidemiológico dos casos de HIV e sífilis na região sul do Brasil por meio de revisão da literatura científica do Brasil referente a essa temática. Diante da relevância da temática, o trabalho permite um panorama mais amplo do problema no país e a possibilidade de se adotar novas metodologias para seu enfrentamento.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

Pensando nas elevadas taxas de infecções sexualmente transmissíveis no Brasil, principalmente de HIV e sífilis, buscou-se conhecer o perfil epidemiológico e a prevalência dessas infecções na região Sul do país, tendo como pergunta norteadora: *Qual a prevalência e o perfil epidemiológico de HIV e sífilis na região Sul do Brasil?* A partir da definição da pergunta norteadora, as palavras-chaves utilizadas foram “HIV”, “sífilis”, “perfil” e “prevalência” que foram pesquisadas juntas ou separadamente nos idiomas português, inglês e espanhol. Nesta pesquisa considerou-se artigos publicados entre os anos de 2010 a 2018 nas bases de dados “Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde” (LILACS) e “Scientific Electronic Library Online” (SCIELO). Foram excluídos trabalhos que não contemplavam a temática estabelecida, dados do perfil e prevalência de HIV e sífilis em outras regiões do Brasil, teses, dissertações, resumos de congressos e artigos publicados anteriormente a 2010.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para seleção dos artigos foram utilizados os descritores citados na chave de busca “(hiv or vih or sífilis or syphilis) and (prevalência or prevalence or prevalencia or perfil or profile)”, foram obtidos um total de 1008 artigos, sendo 425 na base de dados SCIELO e 583 na base de dados LILACS. Após análise de cada título e resumo, na SCIELO foram mantidos 28 artigos que apresentavam relação com o tema, e destes, sete foram selecionados para análise integral. Na base LILACS, 20 artigos se relacionavam com o tema, e 11 artigos foram selecionados para análise integral. Dos artigos relacionados, três eram duplicados. Dessa forma, no processo de análise final restaram 17 estudos que foram

selecionados para análise integral nesta pesquisa (Tabela 1).

Base de dados	SCIELO	LILACS	TOTAL
Artigos obtidos	425	583	1008
Artigos relacionados com o tema	28	20	48
Utilizados	6	11	17

Tabela 1. Relação de artigos encontrados e relacionados com o tema, por banco de dados, 2010-2018.

Os principais temas identificados nos artigos estavam relacionados ao perfil e prevalência de HIV e sífilis em gestantes. Outros trabalhos apresentaram perfil sexual, social e comportamental, além de estudar populações específicas como a carcerária, adolescentes, acadêmicos, profissionais do sexo e relação de coinfeção com outras doenças.

Todos os artigos sobre sífilis (n=6) analisados encontraram resultados semelhantes, destacando que a prevalência da doença está relacionada a população mais jovem, com baixa escolaridade, baixa renda familiar, profissão do lar, mulheres com mais de um filho e com histórico de aborto, raça/cor branca, que pode estar relacionado ao fato de que na região sul há um maior número de pessoas autodeclaradas brancas. Estudos indicaram ainda que gestantes com menos de 20 anos de idade apresentam maior risco de contrair sífilis gestacional (Tabelas 2 e 3).

Quanto ao HIV, os estudos demonstraram que sua prevalência se concentra em indivíduos jovens, de baixa ou média escolaridade e baixa renda familiar (n=7), outro estudo também associou ao uso de drogas ilícitas (n=1). Em estudos onde a população escolhida foi gestantes, foi observado que existe prevalência de HIV em mulheres grávidas com idade entre 20 e 29 anos, com baixa renda, baixa escolaridade e que tiveram início precoce da atividade sexual (n=1). Apenas um estudo demonstrou que mulheres com maior escolaridade, boas condições de moradia e renda média também estão sendo infectadas por HIV. A forma de infecção prevalente tanto por sífilis quanto por HIV foi a via sexual (Tabelas 2 e 3).

Autor/ ano	Periódico	Título	Público alvo	Local	Resultados
BERTONI, BUNN, SILVA, TRAEBER, 2010	Arquivos Catarinenses de Medicina	Perfil demográfico e socioeconômico dos portadores de HIV/AIDS do Ambulatório de Controle de DST/AIDS de São José, SC.	85 pacientes entrevistados/ Indivíduos que frequentaram o ambulatório de Controle de DST/AIDS no período de agosto de 2009 a abril de 2010.	Ambulatório de Controle de DST/AIDS. São José, SC.	A frequência de casos de HIV entre homens e mulheres foi igual, a maioria dos casos ocorreu entre a década dos 30 e 50 anos de idade, com relação a escolaridade a maioria dos pacientes possuíam 1º ou 2º grau completo, eram solteiros.
MANENTI, GALATO, SILVEIRA, OENNING, SIMÕES, MOREIRA, FOCESATO, BRÍGIDO, RODRIGUES, ROMÃO, 2011	Brazilian Journal Infectiology Diseases	Epidemiologic and clinical characteristics of pregnant women living with HIV/AIDS in a region of Southern Brazil where the subtype C of HIV-1 infection predominates.	46 gestantes com diagnóstico de HIV-1 que receberam cuidados nos Programas Municipais de HIV/AIDS de Criciúma.	Criciúma, SC.	Prevalência de infecção por HIV em mulheres grávidas jovens, principalmente na faixa etária de 20 a 29 anos, que vivem com os parceiros, possuem baixa escolaridade e baixa renda familiar, referindo primeira relação sexual precoce. Algumas relataram o uso de drogas ilícitas não injetáveis e relação sexual desprotegida com parceiro infectado pelo HIV.
DE PAULA, PADOIN, BRUM, SILVA, BUBADUÉ, ALBUQUERQUE, HOFFMANN, 2012	Jornal Brasileiro de Doenças sexualmente transmissíveis	Morbimortalidade de adolescentes com HIV/aids em Serviço de Referência no Sul do Brasil.	Prontuários do Hospital Universitário de Santa Maria. 45 Adolescentes com HIV/aids em acompanhamento no HUSM com idade entre 13 e 19 anos.	Hospital Universitário de Santa Maria.	Houve predominância de meninas de raça ou cor branca, na fase inicial da adolescência infectadas por HIV/aids por via de transmissão vertical. A pesquisa mostrou que o acesso ao serviço de referência é está sendo efetivo e que existe compreensão da necessidade do seguimento para manutenção da saúde.

SCHUELTER-TREVISOL, PUCCI, JUSTINO, PUCCI, SILVA, 2013	Epidemiologia e Serviço de Saúde.	Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV atendidos no sul do Estado de Santa Catarina, Brasil, em 2010.	476 registros de pacientes atendidos Centro de Atendimento Especializado em Saúde (CAES)	Centro de Atendimento Especializado em Saúde, Tubarão, SC.	A amostra estudada apresentava perfil de adultos jovens, a maioria eram homens com escolaridade baixa e média de idade aproximada de 40 anos. A principal forma de infecção por HIV foi por via sexual
TEIXEIRA, PILECCO, VIGO, KNAUTH, 2013	Cadernos de Saúde Pública.	Sexual and reproductive health of women living with HIV Southern Brazil.	691 mulheres em idade fértil, com e sem diagnóstico de infecção por HIV.	Porto Alegre, RS.	Os dados deste estudo indicam que mulheres com mais escolaridade, renda média, condições de moradia também estão se infectando com HIV. O estudo sugere que mulheres soropositivas com baixos indicadores sociodemográficos não são acompanhadas pelos serviços de saúde.
PADOIN, ZUGE, ALDRIGHI, PRIMEIRA, SANTOS, DE PAULA, 2015	Epidemiologia e Serviço de Saúde.	Mulheres do Sul do Brasil em terapia antirretroviral: perfil e o cotidiano medicamentoso	210 pacientes adultos, de ambos os sexos com idade igual ou superior a 20 anos. Para o estudo foram utilizadas apenas informações referentes a 81 pacientes do sexo feminino.	Serviço especializado de doenças infecciosas ligado a uma universidade pública no Rio Grande do Sul.	Predominância de mulheres jovens em TARV, com baixa escolaridade, do lar, com renda familiar inferior a 2 salários mínimos. A principal forma de infecção por HIV foi por relação sexual desprotegida. A maioria das mulheres realizavam o tratamento corretamente e demonstravam saber da importância de realizá-lo.
AQUINO, SILVA, 2015	Arquivo Catarinense de Medicina	Perfil das mulheres portadoras de sífilis gestacional em Santa Catarina no ano de 2012.	328 casos notificados de sífilis em gestantes de 14 a 44 anos de idade. A pesquisa foi realizada por meio do SINAN.	O estudo foi realizado em nove macrorregiões de saúde no estado de Santa Catarina.	O acometimento de sífilis gestacional ocorre frequentemente em mulheres jovens na faixa etária entre 20 e 24 anos, de cor branca e baixa escolaridade.

MARASCHIN, ROCHA, TONINI, SOUZA, CALDEIRA, 2018	Revista Nursing	Caracterização de indivíduos acometidos por sífilis adquirida e congênita em um município do oeste do Paraná.	46 casos de sífilis (congênita e adquirida). Dados coletados em fichas de notificação de sífilis adquirida e congênita de um município do oeste do Paraná.	Município localizado no Oeste do Paraná.	No período de estudo foram notificados 39 casos de sífilis adquirida e sete casos de sífilis congênita. A maioria dos indivíduos notificados com sífilis adquirida obtinham baixa escolaridade.
TREVISAN, BECHI, TEIXEIRA, MARCHI, COSTA, 2018	Revista Espaço para a Saúde.	Prevalência de sífilis gestacional e congênita no município de Francisco Beltrão.	Gestantes e recém-nascidos de mães que realizaram o pré-natal no município de Francisco Beltrão.	Francisco Beltrão, PR.	A prevalência de sífilis gestacional apresentou crescimento nos anos de 2011 e 2015. A predominância foi entre mães autodeclaradas brancas.
CUNHA, BISCARO, MADEIRA, 2018	Arquivos Catarinenses de Medicina.	Prevalência de sífilis em parturientes atendidas em uma maternidade na cidade de Criciúma, Santa Catarina.	69 gestantes notificadas com Sífilis gestacional.	Criciúma, SC.	A média de idade das gestantes foi de 23 anos, a maioria de cor branca, solteira, ensino fundamental completo ou ensino médio incompleto.

Tabela 2. Relação dos artigos selecionados na base de dados LILACS, 2010-2018.

Autor/ ano	Periódico	Título	Público alvo	Local	Resultados
KONOPKA, BECK, WIGGERS, SILVA, DIEHL, SANTOS, 2010	Revista Brasileira de Ginecologia Obstétrica	Perfil clínico e epidemiológico de gestantes infectadas pelo HIV em um serviço do sul do Brasil.	139 gestantes portadoras do vírus HIV que foram atendidas no Ambulatório de Pré-natal de alto risco do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)	Ambulatório de Pré-natal de alto risco do Hospital Universitário de Santa Maria, RS. (HUSM)	A maioria das gestantes portadoras do vírus HIV são de cor branca, baixa escolaridade. A forma de infecção prevalente foi por via sexual e aproximadamente metade das gestantes possuía pelo menos dois filhos.
KUPEK, OLIVEIRA, 2012	Revista Brasileira de Epidemiologia.	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.	15.098 gestantes notificadas no SINASC, SIM, SIH e SINAN.	Itajaí, Santa Catarina.	Gestantes infectadas pelo HIV ou sífilis apresentavam menos escolaridade, maior número de gestações prévias.

<p>FEREZIN, BERTOLINI, DEMARCHI, 2013</p>	<p>Revista Brasileira de Ginecologia Obstétrica</p>	<p>Prevalência de sorologia positiva para HIV, hepatite, toxoplasmose e rubéola em gestantes do noroeste paranaense.</p>	<p>15.534 gestantes pertencentes a 15ª Regional de Saúde do Paraná.</p>	<p>Laboratório de Ensino e Pesquisa em Análises Clínicas (LEPAC) da Universidade Estadual de Maringá.</p>	<p>O estudo detectou frequência de 0,3% de sorologia positiva para HIV em gestantes testadas no noroeste paranaense.</p>
<p>PADOVANI, OLIVEIRA, PELLOSO, 2018</p>	<p>Revista Latino-Americana de Enfermagem.</p>	<p>Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região sul do Brasil.</p>	<p>Gestantes notificadas com sífilis.</p>	<p>15º regional de saúde do Estado do Paraná.</p>	<p>Este estudo detectou associação da raça não branca, baixa escolaridade e ausência do companheiro no pré-natal, assim como a ocorrência de prematuridade e baixo peso ao nascer em decorrência da sífilis gestacional. O estudo indica que gestantes com idade inferior a 20 anos possuem maior risco de adquirir a infecção na gestação.</p>
<p>FELISBERTO, SARETTO, WOPEREIS, TREITINGER, MACHADO, SPADA, 2016</p>	<p>Revista Sociedade Brasileira de Medicina Tropical</p>	<p>Prevalence of human immunodeficiency virus infection and associated risk factors among prison inmates in the city of Florianópolis.</p>	<p>147 homens</p>	<p>Penitenciária de Florianópolis, SC.</p>	<p>O estudo demonstrou que a população estudada apresenta maior prevalência de HIV em comparação a população geral. Devido ao tamanho da amostra não foi possível relacionar a prevalência a um comportamento específico.</p>

<p>BAIÃO, KUPEK, PETRY, 2014</p>	<p>Revista Sociedade Brasileira de Medicina Tropical</p>	<p>Syphilis seroprevalence estimates of Santa Catarina blood donors in 2010.</p>	<p>83.396 registros de doadores de sangue gerados, considerados elegíveis para doar entre janeiro e agosto de 2010.</p>	<p>Santa Catarina.</p>	<p>O estudo observou baixa prevalência de sífilis na população doadora, comparada com valores observados em outros estados. A soroprevalência da sífilis foi associada a menor nível de escolaridade, idade de 40 a 45 anos.</p>
----------------------------------	--	--	---	------------------------	--

Tabela 3. Relação dos artigos selecionados na base de dados SCIELO, 2010-2018.

O número de casos de AIDS teve um aumento considerável no Brasil a partir da década de 1980 e segundo Trevisan *et al.* (2018) a maioria dos casos eram caracterizados por homens bissexuais ou homossexuais, com alto padrão socioeconômico e de regiões metropolitanas. Com o passar dos anos o perfil epidemiológico da doença sofreu mudanças, abrangendo também mulheres e regiões do interior do país.

Estudos realizados na década de 2000 demonstraram que existe maior taxa de infecção em homens. Bertoni (2010), observou em seu estudo que a frequência de casos de HIV entre homens e mulheres foi igual em um município de Santa Catarina. Dados do boletim epidemiológico do ano de 2018 mostraram que no Brasil, ainda existem mais homens que mulheres infectadas pelo HIV, sendo 68,6% dos homens e 31,4% das mulheres.

No presente estudo pode-se observar que a raça/cor prevalente em pessoas infectadas pelo HIV nos Estados da região Sul foi a branca. Corroborando, os dados do boletim epidemiológico de HIV/AIDS de 2018, mostra que entre 2007 e 2018, 46,1% dos casos registrados no Brasil, ocorreram em pessoas autodeclaradas brancas, sendo os demais autodeclarados negros ou pardos.

De acordo com Bertoni (2010), a via sexual heterossexual foi a forma de transmissão de HIV mais observada, seguida por uso de drogas injetáveis, responsável por pequena porcentagem dos casos. No ano de 1997, a transmissão por meio de drogas injetáveis era a mais prevalente, chegando a 46,7% dos casos.

Quanto à sífilis, dados do boletim epidemiológico de 2018 no Brasil revelam que a região sul do país representou 11,3% dos casos notificados de sífilis adquirida, sendo a segunda região mais prevalente. Apenas no ano de 2017 foram notificados 15.295 casos nesta região e a maior parte das notificações ocorreu em indivíduos de 20 a 29 anos. Baião *et al.* (2014) aponta em seu estudo que a infecção por sífilis se associa a indivíduos com baixa escolaridade. De acordo com o boletim, dos casos de sífilis adquirida notificados de 2010 a 2017, 39,9% foi registrado em homens e 60,1% em mulheres, desses, 19,4%

possuíam ensino fundamental incompleto e 18,1% possuíam ensino médio completo, e em 26,1% a informação escolaridade foi ignorada.

O boletim epidemiológico de sífilis demonstra um crescimento na taxa de detecção em gestantes de 2010 a 2017. O estado do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina apresentam taxas superiores à do Brasil. Cunha *et al.* (2018) realizou um estudo em um município de Santa Catarina onde aponta que entre gestantes, o perfil mais afetado pela doença são mulheres jovens, entre 20 e 29 anos, dado que se assemelha aos resultados do estudo de Aquino e Silva (2015) realizado na mesma região, que demonstram que mulheres jovens com ensino fundamental incompleto e raça branca possuem maior taxa de infecção pela doença.

4 | CONCLUSÃO

Diante dos resultados obtidos neste estudo, faz-se necessário atentar para as medidas de prevenção e controle de HIV e sífilis. De acordo com o Ministério da Saúde, os principais métodos que podem ser utilizados são: a testagem regular para HIV e sífilis, a prevenção de transmissão vertical, o uso de preservativos durante a relação sexual, o acompanhamento da gestante e de seu parceiro durante o pré-natal e o tratamento adequado.

Sendo uma doença silenciosa em seus primeiros estágios, a transmissão da sífilis está diretamente ligada ao seu diagnóstico e tratamento precoce, pois, impossibilita o indivíduo de perceber a presença da infecção em seu organismo, acarretando o contágio ao parceiro sexual ou a transmissão vertical.

Para reduzir as taxas dessas infecções tanto adquirida como congênita é de extrema importância que os profissionais de saúde considerem a conscientização e a passagem de informações sobre o diagnóstico e o tratamento da mulher e do parceiro.

Sugere-se novos estudos e incentivo a pesquisas a respeito de HIV e sífilis para que se conheça o cenário atual e a tendência dessas doenças na região Sul do País, possibilitando o planejamento de estratégias de prevenção e tratamento.

REFERÊNCIAS

AMARAL, J. S., SILVA, J. C., CARVALHO, L. S., CARVALHO, S. N., URBANETZ, A. A., TRISTÃO, E. G. **Perda de seguimento e transmissão vertical do HIV na cidade de Joinville, SC – Brasil.** Arquivos Catarinenses de Medicina. v. 39, n. 1, p. 51-55, 2010.

ARAGÃO, J. S., FRANÇA, I. S. X., COURA, A. A., MEDEIROS, C. C. M., ENDERS, B. C. **Vulnerabilidade associada às infecções sexualmente transmissíveis em pessoas com deficiência física.** Ciência & Saúde Coletiva. v. 21, n. 10, p. 3143-3152, 2016.

AQUINO, G. T., SILVA, H. C. G. **Perfil das mulheres portadoras de sífilis gestacional em Santa Catarina no ano de 2012.** Arquivos Catarinenses de Medicina v. 44, n. 4, p. 72-81, 2015.

BAIÃO, A. M., KUPEK, E. PETRY, A. **Syphilis seroprevalence estimates of Santa Catarina blood donors in 2010.** Revista Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 47, n. 2, p. 179-185, 2014.

BERTONI, R. F., BUNN, K. SILVA, J. TRAEBERT, J. **Perfil demográfico e socioeconômico dos portadores de HIV/AIDS do Ambulatório de Controle de DST/AIDS de São José, SC.** Arquivos Catarinenses de Medicina. v. 39, n. 4, p. 75-79, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. (2015). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis.** Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>. Acesso em 23 de janeiro de 2019.

CUNHA, N. A., BISCARO, A. Madeira, K. **Prevalência de sífilis em parturientes atendidas em uma maternidade na cidade de Criciúma, Santa Catarina.** Arquivos Catarinenses de Medicina, v. 47, n. 1, p. 82-94, 2018.

DARTORA, W. J., ÂNFLOR, E. P., SILVEIRA, L. R. P. **Prevalência do HIV no Brasil 2005-2015: dados do Sistema Único de Saúde.** Revista Cuidarte, v. 8, n. 3, p. 1919-1928, 2017.

FELISBERTO, M. SARETTO, A. A., WOPEREIS, S., TREITINGER, A., MACHADO, M. J., SPADA, C. **Prevalence of human immunodeficiency virus infection and associated risk factors among prison inmates in the city of Florianópolis.** Revista Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. v. 49, n.5, p. 620-623, 2016.

FEREZIN, R. I., BERTOLINI, D. A., DEMARCHI, I. G. **Prevalência de sorologia positiva para HIV, hepatite B, toxoplasmose e rubéola em gestantes do noroeste paranaense.** Revista Brasileira de Ginecologia Obstétrica, v. 35, n. 2, p. 66-70, 2013.

KONOPKA, C. K., BECK, S. T., WIGGERS, D. SILVA, A. K., DIEHL, F. P., SANTOS, F. G. **Perfil clínico e epidemiológico de gestantes infectadas pelo HIV em um serviço do sul do Brasil.** Revista Brasileira de Ginecologia Obstétrica. v. 32, n. 4, p. 184-90, 2010.

KUPEK, E., OLIVEIRA, J. F. **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.** Revista Brasileira Epidemiologia. v. 15, n. 3, p. 478-87, 2012.

MARASCHIN, M., ROCHA, A., TONINI, N. S., SOUZA, E.A., CALDEIRA, S. **Caracterização de indivíduos acometidos por sífilis adquirida e congênita em um município do oeste do Paraná.** Revista Nursing. v. 21, n. 243, p. 2294-2298, 2018.

MANENTI, A. M., GALATO JÚNIOR, J., SILVEIRA, E. D., OENNING, R. T., SIMÕES, P. W. T. A., MOREIRA, J., FOCESATO, C. M., BRÍGIDO, L. F. M., RODRIGUÊS, R., ROMÃO, P. R. T. **Epidemiologic and clinical characteristics of pregnant women living with HIV/AIDS in a region of Southern Brazil where the subtype C of HIV-1 infection predominates.** Braz. J. Infect. Dis. v. 15, n. 4, p. 349-355, 2011.

MELO, M.C., FERRAZ, R.O., NASCIMENTO, J.L., DONALISIO, M.R. **Incidência e mortalidade por AIDS em crianças e adolescentes: desafios na região sul do Brasil.** Ciência e saúde coletiva. v. 21, n. 12, p. 3889-3998, 2016.

PADOVANI, C., OLIVEIRA, R. R., PELLOSO, S. M. **Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região sul do Brasil.** Rev. Latino-am. Enfermagem. v. 26, p. 3019, 2018.

PAULA, C.C., PADOIN, S.M.M., BRUM, C.N., SILVA, C.B., BUBADUE, R.M., ALBUQUERQUE, P.V.C., HOFFMANN, I.C. **Morbimortalidade de adolescentes com HIV/aids em serviço de referência no Sul do Brasil.** J. Bras. Doenças Sex. Transm. v. 24, n. 1, p. 44-48, 2012.

SCHUELTER-TREVISOL, F., PUCCI, P. JUSTINO, A.Z., PUCCI, N., SILVA, A.C.B. **Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV atendidos no sul do Estado de Santa Catarina, Brasil, em 2010.** Epidemiol. Serv. Saúde. v. 22, n. 1, p. 87-94, 2013.

TEIXEIRA, L.B., PILECCO, F.B., VIGO, A. KNAUTH, D.R. **Sexual and reproductive health of women living with HIV Southern Brazil.** Cad. Saúde Pública. v. 29, n. 3, p. 609-620, 2013.

PADOIM, S.M.M., ZUGE, S.S., ALDRIGHI, J.D., PRIMEIRA, M.R., SANTOS, E.E.P., PAULA, C.C. **Mulheres do Sul do Brasil em terapia antirretroviral: perfil e o cotidiano medicamentoso.** Epidemiol. Serv. Saúde. v. 24, n. 1, p. 71-78, 2015.

TREVISAN, M.G., BECHI, S., TEIXEIRA, G.T., MARCHI, A.D.A., COSTA, L.D. **Prevalência da sífilis gestacional e congênita no município de Francisco Beltrão.** Rev. Espaço para a Saúde. v. 19, n.2, 84-96, 2018.

World Health Organization (WHO). (2007). **Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006–2015.** Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241563475/en/>. Acesso em 23 de janeiro de 2019.

PRÉ-NATAL MASCULINO: MAPEAMENTO DAS ESTRATÉGIAS PARA INCLUSÃO DO PARCEIRO NA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 10/07/2020

Edileusa Rodrigues Almeida Baptista

Centro Universitário União das Américas
Foz do Iguaçu-PR
<http://lattes.cnpq.br/6028622503425500>

Fabiana Paes Nogueira Timoteo

Centro Universitário União das Américas
Foz do Iguaçu-PR
<http://lattes.cnpq.br/4347398580040599>

Isabel Fernandes

Centro Universitário União das Américas
Foz do Iguaçu-PR
<http://lattes.cnpq.br/1491076564319624>

RESUMO: O pré-natal masculino é uma estratégia para inclusão do homem na atenção básica e ações de prevenção, garantido pela PNAISH (Política Nacional de Atenção Integral a saúde do homem), como um fator de qualidade na assistência pré-natal à gestante, favorecendo a redução e prevenção da sífilis congênita.

Objetivo: Mapear as estratégias para inclusão do parceiro na assistência à família e na prevenção da sífilis congênita nas unidades de estratégia saúde da família de Santa Terezinha de Itaipu/PR.

Metodologia: Pesquisa observacional, exploratória, quantitativa, com abordagem ao campo de estudo, por meio de uma entrevista estruturada, realizada por

meio de uma entrevista estruturada, com instrumento validado por meio da dissertação de mestrado de Carla Joelma Villares Guimarães Maciel (2017) nas quatro Unidades de ESF de Santa Terezinha de Itaipu/PR, com sessenta profissionais de saúde, que exerciam a função de agente comunitário de saúde, técnico e auxiliar de enfermagem, enfermeira (o) e médica (o). **Resultados:** Quanto aos exames do parceiro realizados nessas Unidades ESF, 53,3% (n=32) apontaram o teste rápido como exame ofertado aos homens na assistência de pré-natal para diagnóstico da Sífilis. E VDRL, em 34,4% (n=21), foi ofertado na primeira consulta de pré-natal. Referente ao horário de acolhimento aos homens, 75% (n=45), foi realizado de segunda a sexta durante o período de atendimento da unidade, e 95%(n=57) dos entrevistados é evidenciado o enfermeiro como responsável pelo acolhimento. Em relação ao momento que o parceiro é tratado; conforme os entrevistados, 46,6% (n=28) foram realizados independentemente do resultado do exame de sífilis da gestante. **Conclusão:** Identificou-se que, nas ESF de Santa Terezinha de Itaipu/PR, a equipe encontra-se engajada na inclusão do homem no pré-natal do parceiro, utilizando como estratégias para inclusão, o acolhimento feito por enfermeiras, realizando este atendimento em livre demanda conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde.

PALAVRAS - CHAVE: Saúde do homem, Cuidado pré-natal, sífilis congênita

MALE PRENATAL CARE: MAPPING STRATEGIES FOR PARTNER INCLUSION IN THE PREVENTION OF CONGENITAL SYPHILIS

ABSTRACT: Male prenatal care is a strategy for the inclusion of men in primary care and prevention actions, guaranteed by the PNAISH (National Policy for Integral Care for Men's Health), as a quality factor in prenatal care for pregnant women, favoring the reduction and prevention of congenital syphilis. **Objective:** To map the strategies for inclusion of the partner in family care and in the prevention of congenital syphilis in the family health strategy units in Santa Terezinha de Itaipu / PR. **Methodology:** Observational, exploratory, quantitative research, with an approach to the field of study, through a structured interview, conducted through a structured interview, with an instrument validated through the master's dissertation of Carla Joelma Villares Guimarães Maciel (2017) in four FHS Units in Santa Terezinha de Itaipu / PR, with sixty health professionals, who acted as community health agents, nursing technicians and assistants, nurses and doctors. **Results:** As for the partner exams performed in these FHS Units, 53.3% (n = 32) indicated the rapid test as an exam offered to men in prenatal care for the diagnosis of Syphilis. And VDRL, in 34.4% (n = 21), was offered in the first prenatal consultation. Regarding the reception time for men, 75% (n = 45), was carried out from Monday to Friday during the service period of the unit, and 95% (n = 57) of the interviewees evidenced the nurse as responsible for the reception. Regarding the moment the partner is treated; according to the interviewees, 46.6% (n = 28) were performed regardless of the result of the syphilis exam of the pregnant woman. **Conclusion:** It was identified that, in the FHS of Santa Terezinha de Itaipu / PR, the team is engaged in the inclusion of men in the partner's prenatal care, using as welcoming strategies by nurses, performing this service in free demand as recommended by the Ministry of Health.

KEYWORDS: Men's health, Strategies, prenatal care, congenital syphilis

1 | INTRODUÇÃO

Em 27 de agosto de 2009, o Ministério da Saúde instituiu por meio da portaria GM/MS nº1944, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), equiparada com a Política Nacional de Atenção Básica, sendo uma porta de entrada do SUS, com estratégias que fortalece as ações propostas para a população. Com o objetivo de promover à qualidade da atenção a gestação, parto, a PNAISH, por meio do tema "paternidade e cuidado" incluiu a estratégia "pré-natal do parceiro, normatizada em 2011 pelo Ministério da Saúde, e independente de ser o pai biológico, garante o direito do parceiro sexual a inclusão nas ações de prevenção e promoção da saúde. Realizando exames de rotinas, testes rápidos, atualização do cartão de vacina, orientações quanto o direito de licença paternidade, participação no momento do parto, amamentação, entre outros (BRASIL, 2016).

A sífilis é um grave problema de saúde pública, que afeta as gestantes e o feto, quando não é realizado o tratamento ou quando ocorre o tratamento de forma inadequada

(BRASIL, 2017).

Para a redução da sífilis congênita se faz necessário a conscientização dos profissionais de saúde e a comunidade sobre a relevância do diagnóstico precoce e do tratamento eficaz da gestante e parceiro, assim como a equipe multiprofissional na estratégia da busca ativa das gestantes na realização do pré-natal (PADOVANI et al, 2018).

A ausência de ações de aconselhamento sobre tratamento e diagnóstico precoce da sífilis gera um déficit de conhecimento acerca da doença por parte da gestante, resultando em baixa adesão do tratamento adequado. Portanto, o controle da doença na gestação é um desafio para gestores e profissionais, devido a curta duração da gestação para realização do diagnóstico precoce e tratamento correto, a complexidade da abordagem referente a doenças sexualmente transmissíveis no período gestacional, e ausência da sensibilização da gravidade dos danos causados aos envolvidos (DOMINGUES et al, 2017).

Desse modo, é indispensável estratégias inovadoras que atraiam as gestantes para realização do pré-natal no primeiro trimestre gestacional, realizar precocemente o diagnóstico de doenças, e garantir o tratamento antes da 24^a à 28^a semana gestacional, pois é mais eficaz o tratamento para o feto antes desse período, manejo clínico da gestante e parceiro, com inclusão ao aconselhamento sobre a doença e prevenção (DOMINGUES et al, 2017).

A atenção ao pré-natal com qualidade pode colaborar na prevenção e redução dos casos de sífilis congênita, apesar da alta cobertura da assistência pré-natal, existe um número crescente da sífilis congênita, tornando-se uma prioridade para a gestão de saúde a redução do número de casos dessa doença (RAMALHO, 2016).

A estratégia saúde da família é o serviço que possui requisitos para atingir a redução e controle da sífilis congênita, pois mantém o contato direto com a gestante, conhecendo seu histórico de vida, e tem como função a promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de ações educativas. A demora nos resultados dos exames de VDRL e a falha no comparecimento dos parceiros das gestantes com sífilis dificultam a prevenção das complicações da doença (RAMALHO, 2016).

Os agentes comunitários de saúde possuem importante papel na inclusão do homem ao pré-natal, através do vínculo estabelecido com a comunidade local, Podem realizar busca ativa e esclarecer as dúvidas sobre os direitos dos homens nesse contexto, assim como criar estratégias para inclusão (BRASIL, 2016).

O profissional de enfermagem é indicado para promover o acolhimento humanizado aos homens, com empatia, abrangendo todas as suas necessidades de saúde. Possui conhecimento técnico-científico para estabelecer estratégias inclusivas e prioritárias (BRASIL, 2016).

O enfermeiro pode atuar de forma ampla na saúde do homem, realizando busca ativa, capacitando os agentes comunitários de saúde para trabalhar com a população masculina, e na educação em saúde para promover a saúde desses homens (BEZERRA,

JÚNIOR, 2014).

Conforme Roccker et al. (2013), através da educação em saúde, a equipe obtém resultados e avanços positivos que a fortalece, valorizando o processo do trabalho e estimulando-os a novas ações educativas.

Portanto, o objetivo do presente estudo foi mapear as estratégias para inclusão do parceiro na assistência à família e na prevenção da sífilis congênita nas unidades de estratégia saúde da família de Santa Terezinha de Itaipu/PR.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza observacional, exploratória, quantitativa, abordado ao campo de estudo por um instrumento adaptado. O estudo foi realizado nas quatro Unidades de ESF de Santa Terezinha de Itaipu-PR, município inserido na 9ª regional de saúde, caracterizado por ofertar atendimentos de Atenção Básica à população.

Os dados foram coletados por meio de uma entrevista estruturada aos profissionais de saúde. O instrumento utilizado foi validado por meio da dissertação de mestrado de Carla Joelma Villares Guimarães Maciel (2017). O mesmo foi adaptado pelos autores deste estudo, onde foi removido a parte qualitativa desse instrumento .

Para a realização do desenvolvimento e ampliação do marco teórico da pesquisa foram feitas buscas em periódicos especializados e atualizados da área de enfermagem sobre o tema pré-natal do parceiro.

A coleta de dados foi realizada nos meses de março, abril e maio de 2019, assim, uma pesquisa seccional. Foi utilizado como critério de inclusão; os que exercem a função de agente comunitário de saúde, técnico e auxiliar de enfermagem, enfermeira (o) e médica (o), os que exerciam a função há mais de seis meses, não estavam de férias, licença ou afastado no período da coleta de dados e os que aceitaram a participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Posteriormente a coleta, os dados foram lançados no formulário do Google forms, consolidado em forma de tabelas e gráficos pelo programa Microsoft *Office Excel* (versão 2010). Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Dinâmica das Cataratas, sob o número 3.178.229.

3 | RESULTADOS

A idade mínima dos entrevistados foi de 23 anos e a máxima de 55, com média de 38 ($\pm 6,69$) anos. Quanto ao gênero, a maioria, 85% (n=52), foi caracterizada como feminino.

Quanto à caracterização profissional, os entrevistados, em sua grande maioria, 60% (n=36), foram agentes comunitários de saúde, seguidos dos enfermeiros, 13,3%(n=8). Quanto ao tempo de atuação na unidade de saúde, ocupando a função, 31,6% (n=19) estavam no espaço entre, no mínimo, 3 a 5 anos. Um pequeno percentual, 6,6% (n=4),

ocupava a função há mais de dez anos.

Características sociodemográficas	(N=60)	%
Idade		
20 a 29 anos	4	6,6
30 a 39 anos	38	63,3
40 a 49 anos	14	23,3
50 a 59 anos	4	6,6
Mínima= 23 Média= 38	Máxima= 55 Desvio padrão=6,69	
Gênero		
Feminino	51	85
Masculino	9	15
Total	60	100
Categoria profissional		
Agente comunitário de saúde	36	60
Auxiliar de enfermagem	3	5
Enfermeiro	8	13,3
Médico	8	13,3
Técnico de enfermagem	5	8,3
Total	60	100
Tempo que ocupa a função		
6 meses a 1 ano	5	8,3
1 a 3 anos	16	26,6
3 a 5 anos	19	31,6
5 a 10 anos	16	26,6
Mais de 10 anos	4	6,6
Total	60	100

Tabela 1- Dados sociodemográficos, da pesquisa realizada em Santa Terezinha de Itaipu, coletados no período de março a maio de 2019.

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Os demais dados que caracterizam o perfil sociodemográfico e profissionais estão dispostos na tabela 1.

Quanto aos profissionais responsáveis pelo acolhimento dos homens durante o pré-natal masculino, as entrevistas realizadas mostraram que o enfermeiro é o profissional que

realiza esse acolhimento. Em 95%(n=57) dos entrevistados é evidenciado o enfermeiro como responsável pelo acolhimento nas quatro Unidades ESF de Santa Terezinha de Itaipu.

Referente ao horário para realizar o acolhimento dos homens, 75%(n=45) a maioria é realizada de segunda a sexta durante o período de atendimento da manhã e tarde. Os demais dados sobre o acolhimento do homem estão dispostos na tabela 2.

Profissional que acolhe os homens	(N=60)	%
Enfermeiro	57	95
Outro profissional	3	5
Total	60	100
Horário para acolhimento		
De segunda a sexta, de manhã e tarde	45	75
Através do agendamento	10	16,6
De segunda a sexta, apenas um dos turnos	5	8,3
Total	60	100

Tabela 2- Profissional e horário de acolhimento dos homens, nas ESF de Santa Terezinha de Itaipu/PR.

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Quanto aos exames do parceiro realizados nessas Unidades ESF, 53,3%(n=32) apontaram o teste rápido como exame de ofertado aos homens na assistência de pré-natal para diagnóstico da Sífilis.

E quanto ao momento que se ofertam o teste rápido aos homens, 51,6%(n=31) é no acolhimento, já o VDRL, em 34,4%(n=21) é ofertado na primeira consulta de pré-natal.

Em relação ao momento que o parceiro é tratado; conforme os entrevistados, 46,6%(n=28) é realizado independente do resultado do exame da gestante. Os demais dados sobre os exames solicitados ao parceiro estão dispostos na tabela 3.

Variáveis	(N=60)	%
Exames realizados		
Teste rápido	32	53,3
Teste rápido e VDRL	27	45
Não sabe	1	1,6
Total geral	60	100
Momento em que é ofertado o Teste rápido		
No acolhimento	31	51,6

No cadastro	17	28,3
Não sabe	6	10
Na 1º consulta	4	6,6
Atividades específicas dos homens	1	1,6
Após o resultado das gestantes	1	1,6
Total	60	100
Momento em que é ofertado o VDRL		
1ºConsulta	21	35
Não sabe	12	20
No acolhimento	9	15
Após o resultado positivo da gestante	8	13,3
Após teste rápido positivo	6	10
No cadastro	2	3,3
Em atividade específica dos homens	1	1,6
No 1º, 2º E 3º trimestre da gestação	1	1,6
Total	60	100
Em que momento o parceiro é tratado		
Independente do resultado da gestante	28	46,6
Após o resultado positivo da gestante	20	33,3
Concomitante com a gestante	10	16,6
Não sabe	2	3,3
Total	60	100

Tabela 3- Dados sobre os exames, e momento de oferta, nas ESF de Santa Terezinha de Itaipu, 2019.

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

4 | DISCUSSÃO

Constatou-se que na caracterização sociodemográfica da pesquisa de Santa Terezinha de Itaipu/PR, o gênero feminino foi o mais recorrente. Nos estudos de Ramos et al. (2015), realizado em Santa Rita/MA, com 32 enfermeiros, das Unidades Básica de Saúde da região. Os dados foram similares ao presente estudo, em que a maioria era do gênero feminino.

Essa predominância do gênero feminino na área da saúde é ligada à cultura da mulher em atividades relacionadas ao cuidado. Seguindo das características da profissão da

enfermagem e empoderamento feminino (DUARTE, ALMEIDA, 2014).

Quanto a idade, verificou-se que na pesquisa de Silva et al (2015), realizado município de Terezina/PI, com 55 profissionais, das 34 Unidades Básicas de Saúde da região, onde o maior número da amostra encontra-se na faixa etária de 31 a 45 anos, a mínima de 23 e máxima 61, com idade média de 40 anos. Estando em concordância com a faixa etária da atual pesquisa.

Conforme Domingues et al, (2013), os profissionais com maior tempo de formação e atuação apresentam melhor desempenho no manejo e na estratégia de inclusão, e isto se justifica por possuírem maior tempo de acesso aos protocolos e treinamentos.

Destacou-se na presente pesquisa, a categoria profissional, dos Agentes comunitários de saúde. O resultado encontrado é explicado no documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), em que se justifica essa predominância devido ao fato de que o agente comunitário, é o profissional de maior inserção na Estratégia Saúde da Família, tendo suas atribuições estabelecida pela lei 11350 de 2006.

Os agentes comunitários de saúde são de grande importância no pré-natal masculino, onde estimula o homem à participação nessa assistência, realiza o cadastro do homem, aproxima-o aos demais membros da equipe de saúde, orienta sobre a Política nacional de atenção integral à saúde do homem, e seus direitos no planejamento reprodutivo (BRASIL, 2016).

Em relação ao acolhimento dos parceiros, este estudo, apontou o enfermeiro como responsável por esse procedimento. Vasconcelos et al, 2016, justifica o acolhimento realizado por esse profissional, como uma estratégia na adesão do parceiro no tratamento da sífilis, assim como a utilização da empatia e comunicação eficaz, estabelecendo um vínculo entre o paciente e o profissional da atenção básica, sendo fundamental na qualidade e eficácia desse atendimento.

O enfermeiro é considerado profissional mais indicado para o acolhimento, devido esse ser um cuidado, onde principal elemento é a escuta qualificada, para direcionar o usuário e atender as suas necessidades. Momento oportuno de estabelecer um vínculo entre a população e a equipe, e a inclusão do usuário na assistência da atenção básica. Na revisão da Política Nacional de Atenção Básica PNAB, através da portaria 2488, 21 de outubro de 2011 aponta a relevância do acolhimento com escuta qualificada. Requisito necessário para cumprir os princípios do SUS, em relação a universalidade, estabelecendo o acesso contemplando a necessidades de cada indivíduo (CAMELO et al, 2016).

Além do PNAB, temos na Política Nacional da Humanização (PNH) descrito também o acolhimento como uma das suas principais diretrizes destacando sua importância para a formulação do vínculo e do cuidado humanizada (PENNA; FARIA; REZENDE; 2014).

No que se refere ao horário de acolhimento dos homens, verificou-se que neste estudo, a disponibilidade para realização do mesmo de segunda a sexta, no período da manhã e tarde, ou seja, no horário de funcionamento da unidade. Este cenário está de

acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde, sobre o acolhimento dos usuários na Atenção Básica. O acolhimento é uma forma de inclusão dos usuários, facilitação do acesso e mecanismo de ampliação, entende-se que horários restritos de atendimento possam criar barreiras ao usuário que casualmente não cumprir o horário determinado (BRASIL, 2013). Desse modo, O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi proposto pelo Ministério da Saúde, em 2011. Tem por objetivo incentivar a qualidade do atendimento ofertado aos usuários da atenção básica para isso traz como padrão fundamental, o acolhimento para demandas espontâneas em todas as Unidades Básicas de Saúde, como requisito mínimo na qualidade de acesso dos usuários (BRASIL, 2015).

Em relação à oferta de exames para diagnóstico da sífilis no parceiro, sobressaiu o teste rápido. A Rede Cegonha, citada pelo Ministério da Saúde (2015), tem como prioridade a disponibilização de testes rápidos para a gestante e parceiros na atenção primária, no objetivo agilizar o diagnóstico dessa doença e contribuir para a redução da sífilis congênita, dessa forma, colabora para a qualidade da assistência à família (BRASIL, 2015).

Os testes rápidos além de ser de baixo custo e simples, é uma ferramenta relevante, por permitir uma resposta rápida para o diagnóstico e controle da doença. Contribuindo, dessa forma, na ampliação da qualidade e acesso aos pacientes com urgência diagnóstica (BRASIL, 2017).

Referente ao momento de oferta do teste rápido, na pesquisa atual prevaleceu no acolhimento. De acordo com Martins et al(2016), essa disponibilização dos teste rápido é uma estratégia, que garante o diagnóstico precoce, favorecendo a agilidade no tratamento, diminuindo assim, os casos de sífilis congênita. Já Machado et al(2018), diverge da pesquisa atual, em que essa oferta ocorre na primeira consulta do pré-natal, porém, a autora justifica que o diagnóstico precoce, facilita o manejo da sífilis no pré-natal. Estando a pesquisa atual em concordância com os objetivos da Rede Cegonha.

Quanto exame de VDRL, nesta pesquisa foi observado à oferta na primeira consulta de pré-natal. Entrando em concordância, com o que estabelece o Ministério da Saúde (2015), sobre solicitação do VDRL, para diagnóstico da sífilis no período gestacional. Sendo ideal a solicitação no primeiro trimestre gestacional e no início do terceiro. Caso seja diagnosticado com sífilis, o VDRL serve como acompanhamento da resposta ao tratamento (BRASIL, 2015).

Em relação ao momento que o parceiro é tratado, neste estudo predominou que seria tratado independente do resultado da gestante. Nesse sentido, os dados entram em concordância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que garante a inserção do homem nas ações de prevenção, concordando com os princípios do SUS. Porém, de acordo, com o Ministério da Saúde (2016), a eficácia da prevenção da sífilis congênita é garantida quando o tratamento do parceiro é realizado concomitante com a gestante (BRASIL, 2016).

Neste contexto, a Secretaria de Estadual de Saúde de São Paulo (2016), afirma o tratamento do homem junto com a gestante, porém se os dois não estiverem mantendo relações sexuais, este deve realizar o tratamento o quanto antes de ter contato sexual com a mulher.

O Ministério da Saúde (2016) relata que os homens apresentam maior taxa de infecção de sífilis em relação as mulheres, no período de 2010 a 2016, sendo o tratamento do homem indispensável, na eficácia da cura da mulher e fim do agravo da doença. Desse modo, a interrupção do tratamento do parceiro, a falta do tratamento junto com a mulher, evidência um tratamento inadequado para gestante, colocando em risco a saúde do feto (BRASIL, 2016).

5 I CONCLUSÃO

Identificou-se que nas ESF de Santa Terezinha de Itaipu a equipe encontra-se engajada na inclusão do homem no pré-natal do parceiro, utilizando como estratégias para inclusão o acolhimento feito por enfermeiras, realizando este atendimento em livre demanda, estando disponível ao horário de funcionamento da unidade.

Também se destacou a oferta de teste rápido ainda no acolhimento e VDRL na primeira consulta, e seu tratamento na unidade, preconizado pelo Ministério da Saúde, como uma estratégia para diagnóstico precoce e agilidade no tratamento, garantindo assim, a prevenção da sífilis congênita.

Neste contexto, os resultados da pesquisa indicam que as estratégias utilizadas por Santa Terezinha de Itaipu é eficiente na inclusão do pré- natal masculino, e esses resultados podem colaborar para que outros municípios utilizem as mesmas estratégias, objetivando a redução da sífilis congênita.

REFERÊNCIAS

1. BEZERRA., E, A, F. JÚNIOR., J, J.A. **O papel do enfermeiro na promoção a saúde do homem: o contexto das UBS da cidade de Macaíde/RN.** Sanare. V.13. n.2. 2014.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico- Sífilis/Ministério da Saúde.** Brasília, 2017.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2013: Uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza.** Brasília, 2014.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de boas práticas. **O uso da penicilina na Atenção Básica para a prevenção da sífilis congênita no Brasil.** Brasília, 2015.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde.** Brasília, 2016.

6. BRASIL, **Observações e contribuições sobre o pl 6437**. Fiocruz 2016.
7. BRASIL, Ministério da saúde. **Guia de Saúde do homem para Agente comunitário de saúde(ACS)**. 2016.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.474, DE 8 DE SETEMBRO. Brasília. 2017**
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. **Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. Diário oficial da União, Brasília, DF 2015.
10. CAMELO, M., S., et al. **Acolhimento na atenção primária á saúde na ótica de enfermeiros**. Rev. Paul. Enferm. 2016.
11. DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. D. C. **Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, v. 32, n. 6, 2017..
12. DOMINGUES, R.M. et al. **Manejo Da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro**. Ciência & Saúde Coletiva. 2013
13. DUARTE S. J. H, ALMEIDA. E.P. **O papel do enfermeiro do programa saúde da família no atendimento pré-natal**. Rev Enferm Cent Oeste Min. 2014.
14. HENZ, G.S. MEDEIROS, C.R.G. SALVADORI, M. **A inclusão paterna no pré-natal**. Rev Enferm Atenção Saúde 2017.
15. MACHADO. I, et al. **Diagnóstico e tratamento de sífilis durante gestação: desafio para enfermeiras**. Saúde e Pesquisa, Maringá-PR. 2018
16. PADOVANI, C.,OLIVEIRA, R.,R, PELLOSO, S., M. **Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região sul do Brasil**. Rev. Latino-Americana de enfermagem. 2018.
17. PENNA CMM, FARIA RSR, REZENDE GP. **Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde?** Rev Min Enferm. 2014.
18. RAMALHO, M., O., A. **Avaliação da assistência pré-natal com ênfase na sífilis congênita na estratégia de saúde da família do Recife**. 2016.
- 19 RAMOS et al. **Assistência de enfermagem no pré-natal de baixo risco na atenção primária**. JMPHC. 2015 .
20. ROCCKER, S, et al. **Trabalho educativo do enfermeiro na estratégia saúde da família**. Rev. Saúde pública. V.2. N.1. MARÇ. 2013.
21. SILVA, T. C. A. et al. **Prevenção da sífilis congênita pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família**. REV. INTERDISCIPLINAR. 2015

22. VASCONCELOS M. et al. **Estratégia e desafios do enfermeiros na atenção básica para o tratamento simultâneo da sífilis.** CiaiQ. 2016.

23. SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. **Guia de bolso para o manejo de sífilis em gestante e sífilis congênita.** Centro de referência e treinamentos. 2016

ROLE-PLAY PARA APLICAÇÃO DE PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 06/07/2020

Tereza Brenda Clementino de Freitas

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA), Departamento de Ciências da Saúde
Mossoró – RN <http://lattes.cnpq.br/460750670527867>

Rhayan Rocha Ramalho

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA), Departamento de Ciências da Saúde
Mossoró – RN
<http://lattes.cnpq.br/3278049172880805>

Pedro Alberto Diógenes Saldanha de Pontes

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA), Departamento de Ciências da Saúde
Mossoró – RN
<http://lattes.cnpq.br/3234297450139619>

Maria dos Milagres Fernandes Diniz Chaves

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA), Departamento de Ciências da Saúde
Mossoró – RN
<http://lattes.cnpq.br/7446669984357516>

RESUMO: A violência sexual é um crime subnotificado em que alguns casos nem sequer chegam ao conhecimento dos órgãos responsáveis. O constrangimento em revelar o ocorrido e o desconhecimento jurídico são

apontados como causas redutíveis com a interação médica apropriada. Partindo disso, a Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014, visando o aprimoramento do ensino médico para atender às demandas atuais, promove a obtenção de competências e habilidades e o uso de metodologias de participação ativa dos estudantes para isso. Nesse contexto, ao se tratar de temas mais complexos, a utilização de atividades dinâmicas torna-se útil para assimilação e aquisição de habilidades clínicas, sensibilizando os alunos quanto à importância do acolhimento empático e da aplicação adequada do protocolo de atendimento às vítimas de violência sexual. A simulação ocorreu nos ambulatórios médicos de especialidades da UFERSA, onde o protocolo e a atividade foram apresentados aos alunos. Uma mulher foi escolhida para o papel de médica e um homem para o de paciente. A dinâmica realizou-se sob supervisão do tutor, enquanto o restante do grupo assistia em outra sala através de espelho falso. Após isso, foi realizada roda de discussão sobre impressões acerca do exercício. Após experiência e discussão realizadas, pôde-se notar o impacto sobre os alunos, que relataram dificuldades em lidar com o tema. Ao longo do processo houve seriedade e compromisso e foi observada a importância de uma abordagem empática e de acolhimento adequado em casos de violência sexual e sugeridas condutas e posturas a que fortaleceriam a relação médico-paciente. Por meio da experiência de interpretação de papéis na simulação foi possível fazer uso em ambiente controlado do protocolo de atendimento para vítimas de violência sexual e sensibilizar, efetivamente, os estudantes sobre

o papel real do(a) médico(a) nessa abordagem tão importante, complexa e delicada.

PALAVRAS-CHAVE: Violência Sexual; Simulação de Paciente; Acolhimento; Educação Médica.

ROLE-PLAYING AND THE APPLICATION OF A SEX OFFENSE VICTIM ASSISTANCE PROTOCOL: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Sexual violence is an underreported crime that, in some cases, doesn't even reach the concerning agencies. Embarrassment in revealing what happened and the lack of legal knowledge are pointed out as reducible causes with appropriate medical interaction. Based on this, in Resolution No. 3, of June 20, 2014, the improvement of medical education to meet current demands promotes the examination of skills and abilities and the use of active student participation methodologies for that end. In this context, when dealing with more complex topics, the use of dynamic activities is key for the assimilation and use of clinical skills. That in fact makes students aware of the importance of empathic reception and the protocol applied in caring for victims of sex offenses. The simulation occurred at UFERSA's medical outpatient clinics, where the protocol and activity were presented to students. There, a woman played the doctor and a man played the patient. A professor supervised the activity and the rest of the group watched the simulation through a false mirror. Later, the students impressions were discussed, assessing the impact of the experience on them, who report difficulties in handling the situation. The students took the process very seriously and realized the importance of empathetic approach and adequate reception in sex offense cases. The group discussed and suggested attitudes that improved the doctor-patient relationship. Through the role-playing experience, it was possible to practice the protocol for victims of sexual violence in a controlled environment and effectively sensitize students about the real role of the doctor in this very important, complex and delicate approach.

KEYWORDS: Sex offense; Patient Simulation; User Embrace; Medical, Education.

1 | INTRODUÇÃO

A violência sexual pode ser definida como: qualquer situação na qual há contato sexual não voluntário, com ou sem penetração e/ou toque nas áreas anogenital ou nas mamas, que decorre de coerção psicológica, uso de força física, incapacitação ou comprometimento do estado de alerta (por exemplo, secundária a álcool ou uso de drogas), além de também ocorrer quando as vítimas não podem consentir ou entender as consequências da sua escolha devido à idade ou por questões de desenvolvimento (CRAWFORD-JAKUBIAK *et al.*, 2017).

Além disso, essa modalidade de crime, assim como outras (*e.g.* abuso de idosos e incapazes), apresenta certas características epidemiológicas e configurações sociais e contextuais que favorecem uma maior prevalência dessa agressão. Neste caso, alguns fatores comumente encontrados nas situações de violência sexual são o abuso de álcool ou de drogas, seja pelo agressor, seja pela vítima (CRAWFORD-JAKUBIAK *et al.*, 2017;

VALLE *et al.*, 2018) e a forte correlação com ambientes universitários e escolares, além do familiar (MELLINS *et al.*, 2017).

Junto a esses cenários, há a subnotificação do crime no Brasil, em que alguns casos nem sequer chegam ao conhecimento dos órgãos responsáveis ou até mesmo de familiares e pessoas próximas (OLIVEIRA, 2019). O constrangimento em revelar o ocorrido e o desconhecimento jurídico são apontados como causas, as quais podem ser minimizadas com a interação médica apropriada e a transmissão das orientações necessárias.

Todo médico encontra pacientes que sofreram agressão sexual e a interação do paciente com o sistema médico pode afetar os resultados a longo prazo (SIEGEL *et al.*, 2017). Logo, torna-se mister que os graduandos obtenham as melhores capacitações possíveis em busca de um aprendizado eficiente que englobe todas as necessidades requeridas para um atendimento de qualidade e acolhedor com essas vítimas.

Partindo disso, a Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014, visando o aprimoramento do ensino médico a fim de atender às demandas sociais atuais, promove a obtenção de competências e habilidades e sugere o uso de metodologias que estimulem a participação ativa dos estudantes para isso (BRASIL, 2014). Nesse contexto, ao se tratar de temas mais complexos, a utilização de atividades dinâmicas e efetivas torna-se ferramenta útil para assimilação facilitada e aquisição de habilidades clínicas.

Sendo assim, a simulação realística de cenários de atendimento da prática médica permite desenvolvimento de experiência, em ambiente seguro, seguida de reflexão guiada, o que tem impacto tanto na aquisição de conhecimentos, quanto em habilidades e atitudes relacionadas à realidade profissional, que facilitam a retenção dessas habilidades e dos conhecimentos teóricos vitais para o conteúdo em questão. De acordo com estudo realizado por Servotte *et al.* (2019), 3 horas de treinamento, com 6 cenários simulados, após 1 hora de contato prévio com a temática, bastariam para promover maior ganho de habilidade em comunicação de más notícias do que o mesmo período de prática clínica, atestando a eficácia da metodologia para esse caso. Em vista disso, realizamos o presente trabalho demonstrando um exemplo de metodologia ativa utilizada com os graduandos do curso de Medicina na Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA), chamada *role-play* (em português, interpretação de papéis), como uma ferramenta eficiente para a abordagem e capacitação para o atendimento de vítimas de abuso sexual.

Tal atividade teve como objetivos sensibilizar os alunos quanto à importância do acolhimento empático, checar a aplicação adequada do protocolo de atendimento a vítimas de violência sexual e analisar o impacto da simulação na compreensão dos alunos sobre a delicadeza do tema aliada à necessidade de habilidades interpessoais e emocionais para que haja uma condução acolhedora e com boa técnica durante o atendimento de vítimas de violência sexual.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

A simulação foi planejada antecipadamente por equipe de docentes e integrada ao planejamento curricular semestral como atividade não-avaliativa.

A atividade aconteceu em agosto de 2019, com estudantes da turma do sexto período do curso de Medicina, divididos em 3 grupos de 10 a 11 participantes cada, em 3 salas de consultório no prédio de habilidades médicas da UFERSA.

De modo prático, a metodologia se deu em três etapas. Na primeira, a proposta da atividade foi apresentada aos alunos juntamente com uma leitura compartilhada do protocolo entregue a todos e uma explanação breve sobre a importância do acolhimento humanizado e empático. Nessa fase também ocorreu a chamada dos atores voluntários, uma mulher para o papel de médica e um homem para o papel de paciente. Evitou-se colocar mulheres no papel da vítima de violência sexual a fim de tolher potenciais gatilhos, uma vez que o gênero feminino é o mais afetado por esse crime, correspondendo a 81,8% dos casos (FBSP, 2019).

Para a segunda etapa, antes da atividade propriamente dita, os atores se encaminharam para os corredores dos ambulatórios, onde receberam orientações mais específicas sobre a atuação de cada papel, enquanto o grupo de observadores permaneceu na sala de ambulatório. Foram-lhes, então, entregues fichas com contextos e atitudes que deveriam valorizar durante a encenação e se direcionaram para a antessala na qual assistiram a encenação através do espelho-falso entre os cômodos na companhia do tutor-docente.

Por fim, na última parte, o grupo de discentes se reuniu novamente com o professor para exposição de impressões acerca do exercício. Inicialmente foram ouvidos os atores e posteriormente os observadores, que priorizaram o relato dos pontos específicos aos quais foram solicitados (*e.g.* o que poderia melhorar na postura do médico? O que o médico fez certo?), finalizando com a fala do tutor acerca das suas impressões, dos objetivos da aula e mensagens finais.

3 | RESULTADOS

Embora tenha sido entregue a cada observador uma folha para anotações com tópicos, visando orientar a reflexão e potencializar relatos mais fidedignos com as reais impressões dos observadores sobre a cena, todos os comentários expostos ao grupo foram verbais.

Os relatos referentes ao impacto da atividade sobre os alunos foram todos positivos, significando que o objetivo de sensibilização para a temática abordada foi alcançado. A iniciativa da metodologia e a atuação dos colegas foram elogiadas, e afirmaram terem sido pertinentes para demonstrar de forma mais próxima do real, mas em ambiente controlado e

seguro, a delicadeza, segurança e empatia com as quais deveriam ser tratadas as vítimas de violência sexual e quanto era importante que a propedêutica médica e orientações fossem realizadas com clareza, garantindo melhor cuidado e fortalecendo a relação médico-paciente.

A discente escalada para o papel de médica o caracterizou como sendo desafiador devido à presumível falta de experiência clínica quanto ao acolhimento adequado, a maneira de se dirigir à paciente, sem suscitar gatilhos por memórias mas ao mesmo tempo realizar anamnese completa o suficiente para propiciar o cuidado mais adequado, além da falta de familiaridade com o próprio protocolo utilizado. Já o aluno que incorporou o papel da vítima falou a respeito da vulnerabilidade e fragilidade que sentiu ao relatar o episódio do crime e certa exposição e constrangimento ao ser posto em posição ginecológica para encenar o exame físico, desenvolvendo mais empatia para com casos semelhantes.

Os comentários dos observadores acerca das inseguranças refletiam os da atriz. Além disso, foram tecidas sugestões na tentativa de amenizá-las, como evitar retomar a história repetidas vezes e contatos físicos desnecessários e recorrer à rede de apoio para ampliação do cuidado, gerando sensação de segurança e confiança na paciente.

As impressões do tutor giraram em torno da percepção de seriedade e compromisso com os quais a atividade foi recebida pelo grupo e da tentativa dos atores em tornar o atendimento um momento acolhedor, seguro e provedor dos cuidados necessários e de demonstrar a delicadeza e complexidade da temática.

4 | DISCUSSÃO

As considerações realizadas demonstram a capacidade do *role-play* de engajar os estudantes no processo de aprendizagem, tornando-os interessados e participativos, o que facilitaria a fixação do conteúdo e a maior sensação de segurança pela simulação de cenário real em ambiente controlado (COGO *et al.*, 2016).

Por se tratar de uma metodologia flexível e baseada na encenação e na capacidade de abstração de todos os envolvidos, ela é capaz de se adaptar às mais diversas temáticas podendo ser utilizada para ensino de habilidades de comunicação e anamnese (ENGELHORN, 2019), de linhas de cuidado em saúde (PAULINO, 2019) e até mesmo de pensamento crítico (LATIF *et al.*, 2018). Especialmente, temáticas delicadas encontram nessa metodologia uma excelente ferramenta, uma vez que minimizam a exposição da pessoa acolhida, numa situação de já complexa vulnerabilidade, aos processos de tentativa e erro naturais da aprendizagem.

Frente à positividade do feedback dos estudantes na atividade realizada, pode-se observar que a gradação do desafio foi apropriada, levando os participantes para fora de sua zona de conforto ao mesmo tempo em que não se excedia a capacidade deles em lidar com a situação. Nesse contexto, é importante destacar a priorização do vínculo, o respeito

aos limites do paciente e o uso de linguagem livre de julgamento, numa abordagem gradual (PAULINO, 2019).

O exercício de empatia foi ainda mais pronunciado nos participantes que interpretaram os papéis, fosse pela dificuldade em adequar a propedêutica à vulnerabilidade demonstrada por quem encenou a vítima de abuso, fosse pela necessidade de emular as emoções que dariam verossimilhança à cena. Assim, é uma experiência de aprendizagem dinâmica e complexa, que abrange comportamentos profissionais e sociais, comunicação verbal e não-verbal, características humanísticas e a autopercepção (JOYNER; YOUNG, 2006). Além disso, a simulação realizada pelos estudantes é semelhante à de um ator contratado, exceto que é mais vantajosa por não implicar custos e gerar habilidades transferíveis como a de feedback, que é útil em estudos interpares e momentos letivos (RASASINGAM, 2019).

Analisando as percepções dos observadores da atividade, pode-se relacionar que os aspectos técnicos dividem espaço com aspectos afetivos, enquanto que a perspectiva do tutores ilustra a progressivamente menor participação do docente no processo de facilitação, evidenciando o ganho de pensamento crítico por parte dos estudantes (RABELO; GARCIA, 2015).

Ainda que essas metodologias não apresentem, segundo estudos comparativos, diferenças significativas de rendimento em relação à aprendizagem dos estudantes (BOSSE *et al.*, 2010; KOPONEN *et al.*, 2012), abre-se espaço para a discussão sobre o potencial do *role-play* para desenvolver maior empatia na prática médica. Entretanto, sua elaboração adequada requer esforço extra e planejamento minucioso e contínuo durante sua aplicação, de forma a propiciar a mudança na atitude dos futuros profissionais médicos (SETHI; DABAS, 2019).

Desse modo, por se tratar de uma ferramenta acessível e de fácil adaptação, além de promover a abstração dos estudantes e o exercício técnico de habilidades médicas essenciais para a boa prática clínica e o melhor cuidado ao paciente, o *role-play* é uma excelente alternativa para implantação da metodologia ativa nas escolas médicas, tornando os graduandos responsáveis pelo seu aprendizado e respeitando as orientações das DCNs 2014.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da experiência de interpretação de papéis na simulação foi possível fazer uso em ambiente controlado do protocolo de atendimento para vítimas de violência sexual evidenciando que o uso da abordagem do tema numa encenação prática seguida de discussão com o tutor em pequenos grupos permitiu ao aluno a possibilidade de sanar dúvidas práticas e teóricas acerca da condução da consulta e da aplicação do protocolo de atendimento.

Além disso, essa abordagem oportuniza aos alunos a percepção de nuances da

relação interpessoal com o paciente que somente a prática pode trazer, gerando, assim, uma melhor compreensão acerca do tema e criando uma visualização pessoal direta do aluno dentro desse contexto de atendimento, o que permite uma maior preparação deste sobre como ele poderia agir em uma situação símile, sensibilizando, efetivamente, os estudantes sobre o papel real do(a) médico(a) nessa abordagem tão importante, complexa e delicada.

Diante do exposto, demonstramos que o uso da metodologia ativa do *role-play* guiada por discussão da encenação e de conteúdo teórico é uma ferramenta eficiente e facilmente reproduzível para a abordagem de temas e cenários da prática médica na formação universitária, gerando, portanto, um melhor preparo técnico/prático do graduando.

REFERÊNCIAS

1. BOSSE, H. M. *et al.* **Peer role-play and standardised patients in communication training: a comparative study on the student perspective on acceptability, realism, and perceived effect.** BMC Med Educ, v. 10, p. 27, 2010.
2. BRASIL. Decreto nº 3, de 20 jun. 2014. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências.**
3. COGO, A. L. P. *et al.* **Case studies and role play: learning strategies in nursing.** Rev. Bras. Enferm., v. 69, n. 6, p. 1231-1235, 2016 .
4. CRAWFORD-JAKUBIAK, J. E. *et al.* **Care of the adolescent after an acute sexual assault.** Pediatrics, v. 139, n. 3, p. e20164243, 2017.
5. ENGELHORN, C. A. **O uso do role-play no ensino da técnica de anamnese e de habilidades de comunicação para estudantes de medicina.** Rev. bras. educ. med., v. 43, n. 3, p. 178-183, 2019.
6. FBSP – FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário brasileiro de segurança pública.** 13 ed. São Paulo: FBSP, 2019.
7. JOYNER, B.; YOUNG, L. **Teaching medical students using role play: twelve tips for successful role plays.** Med Teach, v. 28, n. 3, p. 225-229, 2006.
8. KOPONEN, J.; PYÖRÄLÄ, E.; ISOTALUS, P. **Comparing three experiential learning methods and their effect on medical students' attitudes to learning communication skills.** Medical teacher, v. 34, n. 3, p. e198-207, 2012.
9. LATIF, R. *et al.* **A comparison of debate and role play in enhancing critical thinking and communication skills of medical students during problem based learning.** Biochemistry and molecular biology education, v. 46, n. 4, p. 336-342, 2018.
10. MELLINS, C. A. *et al.* **Sexual assault incidents among college undergraduates: Prevalence and factors associated with risk.** Plos One, v. 12, n. 11, p. e0186471, 2017.

11. OLIVEIRA, K. V. B. **A subnotificação enquanto característica marcante do estupro no contexto brasileiro.** Revista FIDES, v. 10, n. 2, p. 304-317, 2019.
12. PAULINO, D. B. *et al.* Role-play como estratégia pedagógica para problematizar as linhas de cuidado integral em saúde aos adolescentes e jovens. Rev. bras. educ. med., v. 43, n. 1, supl. 1, p. 662-671, 2019.
13. RABELO, L.; GARCIA, V. L. **Role-play para o desenvolvimento de habilidades de comunicação e relacionais.** Rev. bras. educ. med., v. 39, n. 4, p. 586-596, 2015.
14. RASASINGAM, D. *et al.* **Being a patient: a medical student's perspective.** Adv Med Educ Pract., v. 8, p. 163-165, 2017.
15. SERVOTTE, J. C. *et al.* **Efficacy of a Short Role-Play Training on Breaking Bad News in the Emergency Department.** *The western journal of emergency medicine*, v. 20, n. 6, p. 893–902, 2019.
16. SETHI, S.; DABAS, R. **Role-play - An effective tool to teach communication skills in pediatrics to medical undergraduates: Comments.** J Educ Health Promot, v. 8, p. 212, 2019.
17. SIEGEL, M. *et al.* **On-the-Go training: downloadable modules to train medical students to care for adult female sexual assault survivors.** MedEdPORTAL, v. 13, n. 1, 2017.
18. VALLE, R. *et al.* **Intrafamilial and extrafamilial sexual assault and its association with alcohol consumption.** Revista de Saúde Pública, v. 52, p. 86, 2018.

CAPÍTULO 19

SEXUALIDADE, GÊNERO E DIVERSIDADE: PROMOVENDO O DIÁLOGO NO ESPAÇO ESCOLAR

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 07/07/2020

Priscylla Helena Alencar Falcão Sobral

Universidade de Pernambuco/ Professora
Assistente do Curso de Enfermagem,
Petrolina, Pernambuco
<https://orcid.org/0000-0003-4593-2373>

Nadja Maria dos Santos

Universidade de Pernambuco/ Professora
Auxiliar do Curso de Enfermagem
Petrolina, Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/2216969782237451>

Ana Milena Bonfim de Araújo

Universidade de Pernambuco/ Graduanda do
Curso de Enfermagem
Petrolina, Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/7066233812064839>

Juliana Freitas Campos

Universidade de Pernambuco/ Graduanda do
Curso de Enfermagem
Petrolina, Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/1995150661048708>

Kelle Caroline Filgueira da Silva

Universidade de Pernambuco/ Graduanda do
Curso de Enfermagem
Petrolina, Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/4640415416206425>

Marcus Vinícius Faustino

Universidade de Pernambuco/ Graduando do
Curso de Enfermagem
Petrolina, Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/6441927903297779>

Wanderson Lima Dantas e Santos

Universidade de Pernambuco/ Graduando do
Curso de Enfermagem
Petrolina, Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/3211108893606202>

RESUMO: **Introdução:** O debate sobre sexualidade na adolescência deve permear o ambiente escolar e não ser restrito ao sentido biológico, como se observa na atualidade. É preciso mobilizar conhecimento, aprendizagem e habilidades sobre essa temática na escola com estratégias mais participativas. **Objetivo:** relatar experiência educativa desenvolvida com participantes do Projeto de Extensão Promoção de Saúde para adolescentes no espaço escolar.

Método: relato de experiência desenvolvida por discentes do curso de Enfermagem da UPE Petrolina, realizada com 56 adolescentes, estudantes do 7º e do 9º ano de uma escola estadual no interior de Pernambuco. Realizou-se oficinas sobre Sexualidade, Gênero e Diversidade Sexual na adolescência; o material foi produzido por meio de registros escritos, recortes e desenhos livres, com produção e exposição de painel temático pelos escolares. A aprendizagem foi avaliada com base em pré e pós-testes. **Resultados:** as oficinas estimularam a integração e o diálogo dos adolescentes com seus pares, dinamizando as produções e a troca de experiências. A sua percepção aponta para limitações na compreensão das diferenças entre sexualidade, orientação sexual, gênero e diversidade e os testes evidenciam noções prévias e posteriores insatisfatórias. Enfatizam a

ausência de diálogo sobre o assunto nos ambientes escolar e familiar e evocam o desejo de que isso aconteça. O medo e constrangimento permearam as falas e demonstram o caráter proibitivo ao se tratar do assunto. **Conclusão:** é preciso trazer a escola e a família para o diálogo com os adolescentes e isso requer distanciar os constrangimentos de gênero e desnaturalizar estereótipos que orientam valores e comportamentos, adotar postura inclusiva, cidadã e contextualizada, que ultrapasse a materialidade biológica e moral da sexualidade. Requer também assumir a responsabilidade pela educação e orientação sexual desses jovens. Os escolares avaliaram as oficinas positivamente, como um método pertinente para abordagem da temática.

PALAVRAS - CHAVE: Educação Sexual; Sexualidade; Identidade de Gênero; Adolescência; Promoção da Saúde Escolar.

SEXUALITY, GENDER AND DIVERSITY: PROMOTING DIALOGUE IN THE SCHOOL SPACE

ABSTRACT: Introduction: The debate on sexuality in adolescence should permeate the school environment and not be restricted to the biological sense, as currently observed. There is need to mobilize knowledge, learning and skills on this theme at school with more participatory strategies. **Objective:** to report educational experience developed with participants of the Health Promotion Extension Project for adolescents in the school space. **Method:** experience report developed by students of the Nursing course at the UPE Petrolina, conducted with 56 adolescents, students from the 7th and 9th grades of a state school in inland Pernambuco. Workshops on Sexuality, Gender and Sexual Diversity in adolescence were conducted; the material was produced through written records, clippings and free drawings, with production and exhibition of thematic panel by the students. Learning was evaluated based on pre- and post-tests. **Results:** the workshops stimulated the integration and dialogue of adolescents with their peers, boosting productions and exchanging experiences. Their perception points to limitations in understanding the differences between sexuality, sexual orientation, gender and diversity, and the tests show unsatisfactory previous and later notions. They emphasize the absence of dialogue on the subject in the school and family environments and evoke the desire for this to happen. Fear and embarrassment permeated the statements and demonstrated the prohibitive character when addressing the subject. **Conclusion:** there is need to bring the school and the family to dialogue with adolescents and this requires distancing gender constraints and denaturalizing stereotypes that guide values and behaviors, adopting an inclusive, citizen and contextualized behavior that goes beyond the biological and moral materiality of sexuality. It also requires taking responsibility for the education and sexual orientation of these young people. The students evaluated the workshops positively as a relevant method to approach the theme.

KEYWORDS: Sex Education; Sexuality; Gender Identity; Adolescence; School Health Promotion.

1 | INTRODUÇÃO

A adolescência é um período em que ocorrem complexas mudanças no desenvolvimento corpóreo e biológico, no qual jovens estão mais expostos a vulnerabilidade

física, psicológica e social, fase em que o modo de pensar, de agir e o desempenho dos papéis sociais são ressignificados. Estas transformações induzem a importantes mudanças nas relações do adolescente com sua família, amigos/as e companheiros/as, com impactos na maneira como este se percebe no mundo (OMS, 1989).

Considera-se função da escola tornar acessível a aquisição de saberes elaborados que instrumentem as pessoas para que sejam capazes de intervir no meio social ao qual pertencem. É nesse espaço que se inicia o exercício da cidadania e da aprendizagem na relação entre o conhecimento científico e o cotidiano, o que possibilita novas reflexões, interpretações e ações sobre a realidade. Dessa forma, a educação em saúde em escolas exige trabalho que valorize, ao mesmo tempo, os conhecimentos espontâneos dos alunos e os conhecimentos científicos, provocando o desenvolvimento do senso crítico, para que os escolares possam compreender, modificar e intervir em suas próprias vidas (PRADO, CAMPOS, MODOLO, 2008).

O desenvolvimento de ações direcionadas a saúde de adolescentes tornou-se imperativo pela sua expressividade em termos de crescimento populacional e de geração futura. Novos paradigmas surgiram no campo da atenção à saúde no qual o modelo hegemônico centrado na doença dá lugar a uma lógica que busca a qualidade de vida das pessoas. Nesse período de muitas transformações se faz necessária compreensão, informações claras, suporte afetivo e espaços permanentes abertos a reflexões e diálogo (SENNA; DESSEN, 2015)

Nesse contexto, as atividades de promoção a saúde direcionadas para a população jovem apresentam maior eficácia quando desenvolvidas em coletivo, considerando seu contexto de vida, valorizando suas relações familiares, comunitárias e sociais. Internacionalmente, intitula-se promoção de saúde as intervenções que permitem ao jovem adquirir competência e segurança na autogestão de sua vida (OMS, 1989).

Enquanto processo dinâmico e inacabado do qual fazem parte a família, a escola, as instituições legais e médicas e toda a sociedade, a adolescência é influenciada pelos contextos social, cultural e histórico. Tanto a experiência empírica quanto as constatações científicas evidenciam que sexualidade, gênero e diversidade são temáticas historicamente negadas nos espaços de diálogo com adolescentes, sobretudo no âmbito escolar e familiar. Isso contribui para ampliar a exposição desse grupo a vulnerabilidades em diversos aspectos da vida.

Partindo do pressuposto que esta fase é atravessada por muitas dúvidas e ideias preconcebidas sobre sexualidade, que podem levar a práticas de risco, foi desenvolvido por docentes e discentes da Universidade de Pernambuco *Campus* Petrolina-PE, o Projeto de Extensão Universitária Promoção de saúde para adolescentes no espaço escolar, executado em 2017, em uma escola pública estadual do município. O objetivo foi construir conhecimentos, por meio da discussão sobre temas voltados a saúde do adolescente, a fim de mobilizá-los para corresponsabilidade por sua saúde e melhoria de sua qualidade

de vida. Com base em metodologias ativas, o trabalho foi desenvolvido com adolescentes escolares valorizando seus conhecimentos e experiências no território escolar, onde circunscrevem-se as vivências cotidianas nos mais variados aspectos.

O presente capítulo apresenta um recorte das ações de extensão realizadas durante a execução desse Projeto, com a finalidade de relatar experiências educativas desenvolvidas com e para adolescentes participantes no sentido de problematizar a sexualidade para além da materialidade biológica, com ênfase na sua construção histórica e social. Assim, as ações mobilizaram adolescentes escolares à reflexão e debate sobre temas correlatos de seu interesse, sob a perspectiva educativa dialógica e participativa, com foco na escola como cenário de experiências, considerando temas transversais como respeito, diálogo e ética.

Defendemos que o debate sobre sexualidade e gênero na adolescência precisa existir no ambiente escolar por ser este campo onde também se inscrevem experiências da vida das pessoas que abrangem o aprendizado e as descobertas nessas áreas. É preciso mobilizar conhecimento, competências e habilidades sobre essas temáticas na escola com estratégias dialógicas, participativas e não excludentes.

2 | ASPECTOS METODOLÓGICOS

Este é um relato de experiência vivenciada a partir das atividades do Projeto de Extensão Promoção de Saúde para Adolescentes no Espaço Escolar, desenvolvido por docentes e discentes do curso de Enfermagem da UPE Petrolina, com estudantes de Escola Estadual situada da cidade de Petrolina, em Pernambuco. O lócus das ações foi a Escola Professora Wilma Wzely Cunha Coelho Amorim, instituição pública, mantida pelo Governo de Pernambuco, localizada no Projeto de Irrigação Senador Nilo Coelho 05, a aproximadamente 13 km do Centro de Petrolina. O referido projeto integrou o Programa de Promoção a Saúde e Prevenção das Emergências, Acidentes e Violências no Vale do São Francisco (PROPEAV) da UPE Petrolina, vinculado ao curso de Enfermagem. O público total abrangido pelas atividades foi de 230 alunos/as matriculados/as do 7º ao 9º ano.

Especificamente para este relato de experiência, considerou-se a vivência de duas oficinas realizadas em setembro de 2017, com 56 estudantes do 7º e do 9º ano, sobre *Sexualidade, Gênero e Diversidade na adolescência*, para reflexão e discussão sobre a vivência da sexualidade tendo como cenário o espaço escolar. A oficina se destaca pela articulação entre duas dimensões básicas e indissociáveis da construção de conhecimento.

Como estratégia teórico-metodológica tem capacidade de promover a troca dialógica e a negociação de sentidos e permitir a visibilidade de argumentos, deslocamentos, construção e contraste de visões de mundo sendo, portanto, espaço privilegiado para análises sobre produção de verdades e processos de subjetivação. Como ferramenta ético-política, favorece trocas simbólicas que potencializam a discussão em grupo em relação

à temática proposta, gerando conflitos construtivos com vistas ao engajamento político de transformação (SPINK; MENEGON; MEDRADO, 2014).

Optou-se pelas oficinas, portanto, pelo seu potencial indutor de mudanças da realidade analisada. Partindo do pressuposto que cada grupo produz uma dinâmica própria e que as oficinas demandam estrutura bem definida, adotou-se como formato as etapas propostas por Portella e Gouveia (1998), que compreendem apresentação/integração, desenvolvimento do tema, socialização das experiências; síntese; avaliação e descontração/relaxamento (**Figura 1**).

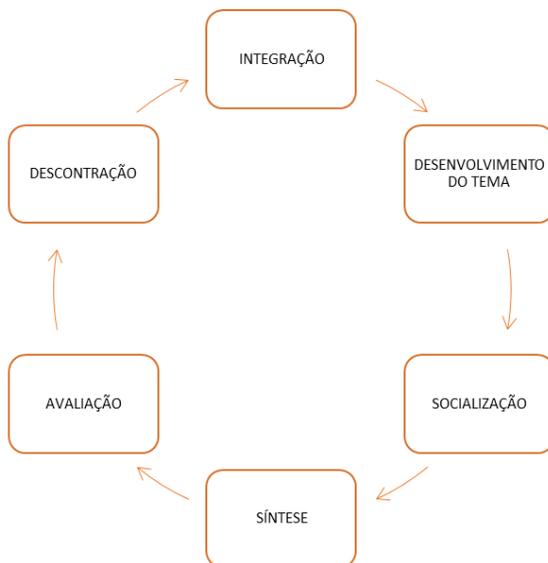


Figura 1: Estrutura das oficinas.

Fonte: Portella e Gouveia, 1998, etapas de uma oficina.

3 | RESULTADOS ALCANÇADOS

3.1 A experiência educativa no campo da sexualidade com adolescentes escolares

No curso das práticas educativas vivenciadas, procuramos desenvolver ações em que adolescentes pudessem falar de si e de suas histórias tendo como ponto central o diálogo e a liberdade expressão. Uma questão importante foi a parceria com a Coordenação da escola, que viabilizou o desenvolvimento das atividades. Isso legitimou a preocupação em alcançar gestores e profissionais da educação para sensibilizá-los sobre a relevância de se introduzir e dar continuidade ao diálogo com os alunos e familiares, iniciado pelo projeto.

Assim, foi possível realizar ações em conjunto, como a programação dos temas na construção do projeto; definição das turmas participantes; agendamento dos encontros; avaliação das atividades; discussões das metodologias utilizadas; acolhimento de demandas e encaminhamentos em situações de vulnerabilidade; reuniões com os professores da escola; devolutiva das atividades pelo coordenador do projeto aos docentes em reuniões administrativas da escola.

A experiência aqui relatada foi executada a partir da técnica de oficina de reflexão, a partir da qual foi possível pôr em evidência a percepção dos/as adolescentes escolares sobre o tema proposto e suas experiências no campo da sexualidade. Conforme proposto por Portella e Gouveia (1998), as oficinas foram planejadas e executadas seguindo as seguintes etapas:

- **Integração** (ao som de música ambiente relaxante): inclui o contrato de sigilo e a dinâmica de apresentação. O contrato foi o momento inicial em que se estabeleceu o sigilo ético dos participantes entre si e com a equipe de facilitadores. A dinâmica foi uma atividade em roda, onde cada um falou seu nome e suas características.
- **Desenvolvimento do tema**: produção livre a partir da reflexão sobre a pergunta indutora ***O que é sexualidade para você?*** Cada escolar produziu material representativo de sua percepção sobre sexualidade, a partir do qual elaboraram um painel coletivo. Recursos: folhas sulfite, pincéis e lápis de cor, revistas, papel madeira, cola e fita adesiva.
- **Socialização**: exposição do painel. Participantes explicaram suas elaborações, a partir das quais compartilharam suas experiências sobre sexualidade e gênero.
- **Síntese**: consolidação do conteúdo por meio de exposição participativa. A partir dos pontos trazidos na socialização, os moderadores da oficina trabalharam a parte teórica de sexualidade e gênero, com estímulo à participação do grupo.
- **Avaliação**: aplicação de questão avaliativa. Os participantes avaliaram as oficinas classificando-a como excelente, ótima, boa, regular ou ruim.
- **Descontração** (ao som de música animada): dinâmicas *a oficina para mim foi...* e *abraço coletivo*. Em roda, cada participante disse, em uma palavra, o que achou ou sentiu sobre as atividades realizadas e finalizamos com um abraço coletivo.

O encontro aconteceu nas salas de aula das turmas, ambientadas e organizadas de forma a proporcionar atmosfera acolhedora aos participantes. A duração de cada oficina foi de duas horas e, como mobilizou uma diversidade de construções e mediações, sua condução foi feita por equipe treinada composta pelas coordenadoras do projeto e dois discentes mediadores em cada turma. Ao som ambiente, a equipe condutora se apresentou

e introduziu as ações explicando a atividade e procedeu com a fase de integração, a partir da qual foi possível aproximar equipe e alunos e a fala inicial dos adolescentes, estabelecendo ambiente descontraído e acolhedor.

Em seguida, houve aplicação de pré-testes para verificação do conhecimento prévio, onde foi possível interagir com o grupo no caso de dúvidas ou esclarecimentos sobre as perguntas. A partir da questão indutora, os escolares foram estimulados a desenvolverem o tema por meio produções livres que representassem sua percepção sobre a sexualidade e temas correlatos de seu interesse, fixando-as em um painel temático. Posteriormente, o espaço foi aberto para fala e socialização do material elaborado e, em seguida, os mediadores deram continuidade com a síntese para consolidação do tema por meio de exposição participativa com enfoque nas questões teóricas de sexualidade, gênero e diversidade. O objetivo foi de dirimir dúvidas e contribuir com a aprendizagem.

Concluída a fase sintética, as turmas puderam avaliar anonimamente as oficinas com base em sua percepção e graduá-las de excelente a ruim. Uma avaliação mais subjetiva foi feita pelos pares na etapa de descontração, onde puderam expressar em uma palavra o que a oficina representou para si, encerrando o ciclo com o abraço coletivo. Os pós-testes foram aplicados como forma de saber se houve mudanças nas percepções diante das reflexões e discussões promovidas e para avaliar a aprendizagem.

Pela complexidade e amplitude do campo teórico em discussão, esperava-se que as reflexões não ficassem restritas aos muros da escola, sendo a instituição familiar, seu apoio ou falta deste, um importante aspecto trazido nas elaborações do grupo. As **Figuras 2-4** capturam a produção de registro escrito individual, recortes e colagem de gravuras em revistas, bem como a socialização seguida de debate crítico-reflexivo do material empírico produzido. São registros que representam suas experiências no campo da sexualidade e gênero, que ora se inscrevem na escola ora fora desta.



Figura 2: Produção de registro escrito por escolar do 7 ° ano. Petrolina, 2017.



Figura 3: Socialização durante a oficina, 7º e 9º anos. Petrolina, 2017.

Destaca-se que houve estímulo constante para o diálogo e aprendizagem baseada na discussão de situações e experiências cotidianas, o que proporcionou aproximação e identificação dos/as adolescentes com os pares e com a equipe de mediadores, dinamizando a troca de conhecimentos e experiências e permitiu estabelecer atmosfera acolhedora para que se expressassem. As reflexões manifestas pelos/as escolares (**Figura 4**) evidenciam que a sexualidade é percebida predominantemente em associação com o ato sexual.



Figura 4: Painel temático elaborado por adolescentes do 7º ano na Oficina. Petrolina, 2017.

Um dos adolescentes pontuou que “*Sexualidade é um impulso natural de todo ser vivo, que nos impulsiona na busca de um parceiro visando a troca de energias sexuais*” (P 1). Sobre essa questão, Michel Foucault, em sua obra *História da sexualidade I* (2007), afirma que uma multiplicidade de discursos sobre o sexo está sutilmente hierarquizada e estreitamente articulada em torno de um feixe de relações de poder. Nesta, a sexualidade é um dos elementos de maior instrumentalidade, que serve para articular as mais variadas estratégias para estimulação dos corpos, intensificação dos prazeres e reforço dos controles e das resistências.

No decorrer das construções e exposições do grupo, foi perceptível o estranhamento

em relação à questão indutora já que, por desconhecimento ou inibição, tiveram dificuldades para expressar-se ou expor-se tanto na elaboração do painel quanto nas narrativas. As falas dos/as adolescentes sugeriam que esses temas não integram os conteúdos curriculares e, tampouco, inserem-se na dinâmica familiar, e o desejo de que isso aconteça foi posto em evidência.

Esse apontamento é relevante, pois a ausência de espaços para falar sobre sexualidade é um problema global. Em pesquisa realizada na Colômbia evidenciou-se que mais de 80% dos adolescentes consideram a educação sexual necessária e mais de 70% reconhecem pais e mães como a melhor fonte de informação (ATEHORTÚA; ARANGO, 2012). No Brasil, adolescentes também priorizam a temática da sexualidade e identificam a escola como intermediadora para tratar desse assunto enquanto detentora da corresponsabilidade de disponibilizar educação sexual para esse público (LIMA; CORREIA, 2015).

Outra adolescente afirmou que a “*Sexualidade é constrangida e deixa qualquer um, mulher ou homem, vergonhoso*” (P2), evidenciando que o constrangimento e a vergonha atravessam as percepções. Isso demonstra o caráter proibitivo das conversas sobre o assunto, reproduzidas entre gerações sob o prisma da interdição da sexualidade já que, historicamente, as concepções de sexualidade foram relacionadas à obscenidade, algo sujo e proibido, dificultando, assim, as orientações necessárias à promoção da saúde sexual (SÁNCHEZ; IVÁN, 2015).

Considerando que a produção do painel ocorreu antes da abordagem teórica sobre o tema pelos mediadores, outra questão que chamou atenção foi que demonstraram haver dificuldades para dissociar ou distinguir sexualidade e gênero, conforme explicou a participante “*Sexualidade é o gênero da pessoa, ser gay é um tipo de gênero*” (P3).

É possível afirmar, portanto, que para este grupo de adolescentes escolares ainda é muito forte a concepção da sexualidade como alvo privilegiado da vigilância e do controle das sociedades. Historicamente, ampliam-se e diversificam-se os mecanismos de regulação, multiplicam-se as instâncias e as instituições que se autorizam a normatizá-la. Adicionalmente, o distanciamento da escola e da família, tão característicos e presentes, só contribui para ampliar as vulnerabilidades do grupo.

Nessa perspectiva, a educação sexual precisa ser reinserida e discutida nos currículos escolares de forma ampliada, capaz de transformar concepções distorcidas ou negadas da sexualidade, sem substituir a família em seu papel de acolher as dúvidas e as demandas oriundas das experiências nesse campo (SOBRAL, 2016). Estudiosos da área constataram que a abordagem da sexualidade no diálogo entre pais/mães e filhos/as ainda é insuficiente, imprecisa, superficial e desconsidera suas necessidades. Reforçam ser esse um problema cultural e que possui relação direta com a forma como pais e mães viveram sua sexualidade quando adolescentes (NERY; FEITOSA; SOUSA; FERNANDES, 2015).

Outros estudos mostram que professores/as, ao tratarem sobre a sexualidade

humana no espaço escolar, reproduzem a concepção médico biologista e associaram a inexistência de ações específicas e contínuas sobre educação sexual às dificuldades em desenvolver a temática, considerando a resistência e o desconhecimento da família e o despreparo de educadores (JAQUES; PHILBERT; BUENO, 2012; LEITE; VIEIRA; MACHADO *et al.*, 2014).

O diálogo sobre a sexualidade visa permitir ao aluno encontrar na escola um espaço de informação e de formação, no que diz respeito às questões do seu desenvolvimento e às questões que o ambiente coloca. Enfatiza-se, então, que este é importante espaço de intervenção e locus privilegiado para a implementação de ações que promovam a educação e a saúde desse grupo. Atentar para o espaço escolar como lugar de acolhimento a tais questões e demandas que delas se originam, é uma necessidade com potencial para incentivá-los e instrumentalizá-los para seu autocuidado e para a gestão de suas dificuldades e demandas cotidianas.

Durante a análise dos materiais produzidos, identificou-se situações que requeriam acompanhamento profissional. Dois desenhos de meninas escolares do 7º ano chamaram atenção. Um deles representava uma menina algemada a uma cama de casal, com expressão de sofrimento, seminua, chorando. A outra imagem era de uma adolescente em uma esquina enquanto um homem conduzindo um veículo de aproximava.

Ambos os registros remetiam a possíveis situações de vulnerabilidade como violência de gênero e prostituição. Como o espaço da oficina não era apropriado para uma aproximação com as participantes a fim de conversar sobre tais questões e, diante da necessidade de apoio para esta intervenção, essas demandas foram discutidas e encaminhadas à coordenação pedagógica da escola a fim de identificar a forma mais adequada de conduzi-las.

3.2 Sexualidade e gênero: o que pensam os adolescentes escolares?

Ao início e término das oficinas, aplicou-se pré-testes (56) e pós-testes (56) (**Figuras 5 e 6**) contendo 4 perguntas idênticas a fim de verificar o conhecimento prévio e posterior sobre sexualidade e questões de gênero, incluindo diversidade de gênero e orientação sexual, mas também com a finalidade de verificar se a ação teve impacto na aprendizagem. Como instrumento avaliativo, foi aplicado um questionário em que os/as alunos/as avaliavam a ação como *excelente, ótima, boa, regular, ruim* ou *péssima* (**Figura 7**).

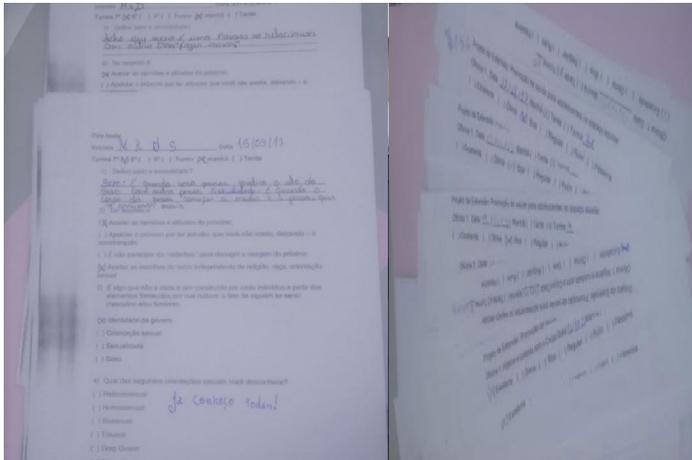


Figura 5: Pré-testes, pós-testes e avaliações realizadas na Oficina. Petrolina, 2017.

PRÉ-TESTE/ PÓS-TESTE

Oficina Sexualidade, gênero e diversidade no espaço escolar

Iniciais: _____ Turma: _____ Data: _____ Turno: _____

1. O que você entende ser sexo? E sexualidade?

2. Ter respeito é: (pode marcar mais de um)

() Aceitar as opiniões e atitudes do próximo

() Apelidar o próximo por ter atitudes que você não aceita, deixando-o constrangido

() Não participar de "rodinhas" para denegrir a imagem do próximo

() Aceitar as escolhas do outro independente de religião, raça, orientação sexual.

() Outro: _____

3. É algo que não é dado... (explicar para melhor entendimento)

() Identidade de gênero () Orientação sexual () Sexualidade () Sexo () Não sei

4. Qual das seguintes orientações sexuais você desconhece:

() Heterossexual () Homossexual () Bissexual () Todas ()

Outra(s): _____

Figura 5: Testes aplicados na Oficina. Petrolina, 2017.

AVALIAÇÃO

Oficina: Sexualidade, gênero e diversidade no espaço escolar

Iniciais: _____ Turma: _____ Data: _____ Turno: _____

1. Como você avalia a atividade que acabou de participar?

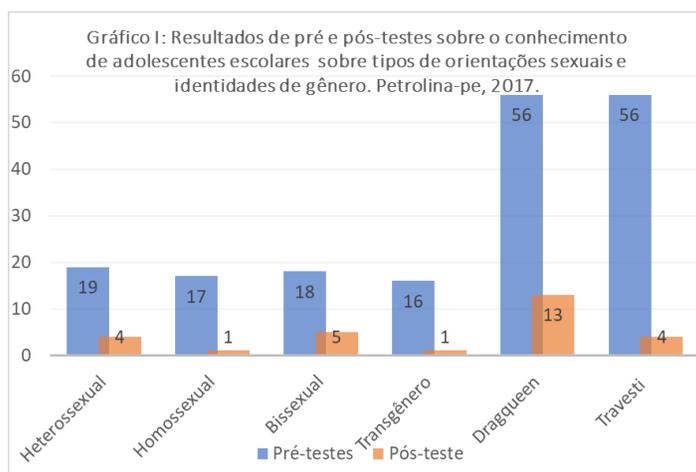
() Excelente () Ótima () Boa () Regular () Ruim () Péssima

() Outro: _____

Figura 7: Avaliação utilizada na Oficina. Petrolina, 2017.

Foram respondidos 112 testes, cuja análise revela que os adolescentes confundem os conceitos de sexualidade com sexo, o que ficou evidente no material elaborado e nas narrativas, conforme o exposto. Apesar de terem noções precedentes, tem dificuldades quanto a distinção entre orientação sexual e identidade de gênero (**Gráfico I**). No tocante a orientação sexual, conseguiram identificar a homossexualidade, a heterossexualidade e a bissexualidade antes da oficina, no entanto, no pós-teste, houve uma disparidade, podendo ser reflexo da dificuldade na aprendizagem dos diferentes conceitos mesmo após as reflexões e trocas promovidas pela atividade.

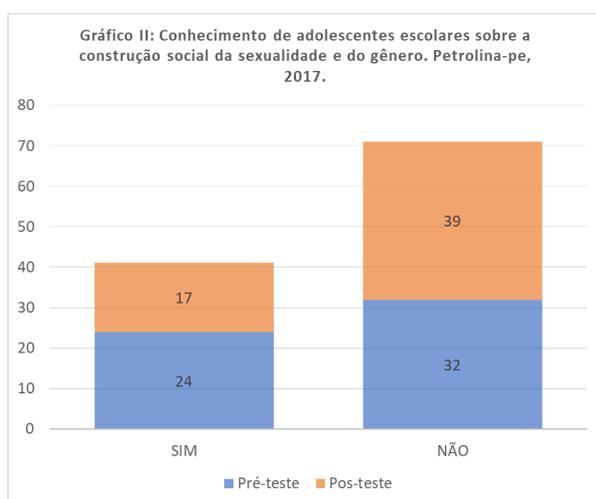
A mesma dificuldade se aplica ao conhecimento sobre as identidades de gênero, ao passo que o conhecimento anterior aponta para distinção das categorias transgênero, drag queen e travesti, com resultados posteriores também insatisfatórios.



Nos pré-testes, ao serem convidados a definirem o que é sexo e o que é sexualidade, houve abstenção significativa na delimitação do conceito de sexualidade, ao passo que

souberam expressar o conceito de sexo, com convergência das definições: *Sexo é o ato entre duas ou mais pessoas*; *Sexo é a penetração (pênis e vagina)*; *Sexo é quando duas pessoas realizam o orgasmo*. Importante destacar que há mudanças nas respostas para os dois tipos de testes, já que nos pós houve redução importante daqueles que não sabiam definir um ou outro.

No que diz respeito à construção social da sexualidade e do gênero (**Gráfico II**), os escolares demonstraram haver limitações de conhecimento prévio e de aprendizagem, já que anteriormente à ação predominou (57,2%) o entendimento de que as categorias sexualidade e gênero não abarcam os aspectos sociais nas suas configurações ao longo do tempo. Nos testes após a ação educativa, houve um aumento considerável daqueles que acreditavam nessa não determinação social (69,6%).



As limitações de conhecimento e de aprendizagem identificadas sugerem que a inexistência de diálogo e de orientações com adolescentes nos territórios familiar e escolar nega a estes jovens acesso a informações e conhecimentos que acabam por interferir em seu desenvolvimento, sob o risco de exposição a uma série de vulnerabilidades como infecções sexualmente transmissíveis, gravidez e paternidade precoce, prostituição, violência e outros.

Entre as barreiras para o diálogo sobre sexualidade, pode-se citar a dificuldade de identificar o momento mais propício para iniciá-lo, o que abordar e se a informação transmitida é correta, devendo-se considerar, ainda, a forte influência de fatores culturais, religiosos e socioeconômicos no processo (LEITE; VIEIRA; MACHADO *et al.*, 2014). Quando a família não consegue cumprir esse papel, geralmente o transfere para a escola, mas o tema é abordado de modo incipiente priorizando questões biológicas, anatômicas e de reprodução humana (LIMA; CORREIA, 2015). Todavia, mesmo com a formação deficitária

não se pode contestar que a escola constitui ambiente propício e educação em sexualidade deve integrar o elenco de suas funções (HEILBORN, 2012).

Para além da inferência ao desconhecimento por parte do grupo, esses resultados demandaram a reavaliação das ações, a fim de considerar a capacidade de compreensão dos participantes quanto a profundidade das discussões e a reformulação das questões teste a fim de adequá-las às necessidades do grupo, tornando os testes mais inteligíveis e compreensíveis do ponto de vista da linguagem e da maneira de abordar o conteúdo.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As estratégias idealizadas e executadas mediaram a atuação em um campo complexo que demandou da equipe envolvimento na realidade escolar e cotidiano dos adolescentes, bem como imersão em processos criativos, colaborativos e dinâmicos. As oficinas no espaço escolar permitiram interlocução e construção de saberes sobre conteúdo negligenciado ou tratado de maneira inadequada, sobretudo pelas instituições familiar e escolar.

Os resultados apontam que o diálogo com adolescentes sobre sexualidade, gênero e diversidade no ambiente escolar não constitui pauta educativa. Os participantes mostraram ter conhecimentos restritos sobre a temática e, de uma forma geral, reproduzem as concepções tradicionais que associam sexualidade ao sexo e que colocam essa discussão no campo do proibido, reafirmando seu status de interdição. É preocupante a limitação de conhecimento e as fragilidades na aprendizagem demonstradas, que apontam para a invisibilidade da sexualidade como uma questão que deve ser conversada, exposta e permitida em qualquer lugar.

A articulação entre os setores educacional, da saúde e a família é necessária ao enfrentamento das vulnerabilidades a que adolescentes estão expostos. Isso requer distanciar os constrangimentos de gênero e desnaturalizar estereótipos que orientam valores e comportamentos, adotar postura inclusiva, cidadã e contextualizada, que ultrapasse a materialidade biológica e moral da sexualidade.

É preciso introjetar nas diferentes instâncias educativas e de cuidado a adolescentes sua responsabilidade na educação sexual desses jovens, na garantia de seus direitos e no exercício de sua cidadania. Ampliar o acesso, valorizando suas experiências e sua voz enquanto sujeitos tem o potencial de ajudá-los no enfrentamento das vulnerabilidades e instrumentalizá-los para o cuidar de si. Isso requer estabelecer um espaço permanente de diálogo, de acolhimento e receptivo às experiências e falas, como também investimento na formação e capacitação de professores para o desenvolvimento de competências e habilidades mais coerentes a fim de agregar a temática de forma mais inclusiva nos conteúdos escolares.

REFERÊNCIAS

ATEHORTÚA, I. C. G.; ARANGO, D.C. **Actitudes de los adolescentes escolarizados frente a la salud sexual y reproductiva**. Medellín (Colombia). Invest Educ Enferm.; vol. 30, n. 1, p.: 77, 2012.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade**, V.1: A vontade de saber. Graal ed. Rio de Janeiro: 2007.

HEILBORN, M. L. **Por uma agenda positiva dos direitos sexuais da adolescência**. Psic. Clin., Rio de Janeiro; vol. 24, n. 1, p.: 57-68, 2012.

JAQUES, A.E.; PHILBERT, L.A.S.; BUENO, S.M.V. **Significados sobre sexualidade humana junto aos Professores do ensino fundamental**. Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR, Umuarama, vol. 16, n. 1, p. 45-50, jan./abr. 2012.

LEITE, C.T.; VIEIRA, R.P.; MACHADO, C.A.; QUIRINO, G.S.; MACHADO, M.F.A.S. **Prática de educação em saúde percebida por escolares**. Cogitare Enferm., vol. 19, n. 1, p13-19, jan.-mar. 2014.

LIMA, A. L. G.; CORREIA, V. A. A. **A constituição histórica da gravidez na adolescência como um problema social**. In: Pinto-Coelho Z, Martins MR, Baptista MM, Maia S (Org.). Representações e práticas de gênero. 1ed. Braga: Editora do Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade da Universidade do Minho, 2015, p. 157-174.

NERY, I. S.; FEITOSA, J. J. M.; SOUSA, A. F. L.; FERNANDES, A. C. N. **Abordagem da sexualidade no diálogo entre pais e adolescentes**. Acta Paul Enferm.; vol. 28, n. 3, p. 287-92, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Saúde reprodutiva de adolescentes: uma estratégia para ação**. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 1989.

PORTELLA, A.P.; GOUVEIA, T. **Ideias e dinâmicas para trabalhar com gênero**. Recife (PE): SOS Corpo; 1998.

PRADO, W.D.A.; CAMPOS, L.M.L.; MODOLO, J.R. **Educação em saúde na escola: o professor como parceiro no processo de formação continuada e de elaboração de recursos didáticos**. Instituto de Biociências, UNESP, Campus de Botucatu, III Seminário de Extensão Universitária do Instituto de Biociências, maio 2008.

SÁNCHEZ, P; IVÁN C. **Agencia social, sexualidad y embarazo en menores de 15 años**. Revista Gerencia y Políticas de Salud; vol. 14, n. 29, p. 62-82.

SENNA, S. R. C. M.; DESSEN, M. A. **Reflexões sobre a saúde do adolescente brasileiro**. Psic., Saúde & Doenças; vol. 16, n. 2, p.: 217-229, set. 2015.

SOBRAL, P. H. A. F. **Educação em saúde no cuidado a mulheres sob o olhar de profissionais da atenção básica**. 2015. Dissertação (mestrado em enfermagem) – escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

SPINK, M.J.; MENEGON, V.M.; MEDRADO, B. **Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético políticas**. Psicol. Soc.; vol. 26, p.: 32-43, 2014.

ÚLCERAS NA HANSENÍASE: BREVE ABORDAGEM E RELATO DE CASO ULCERS IN LEPROSY: BRIEF APPROACH AND CASE REPORT

Data de aceite: 01/10/2020

Tania Fernandes

lattes.cnpq.br/3761179025980217

Brunna Lays Guerra Correia

lattes.cnpq.br/2620898249981189

Álvaro Henrique Silva Varão

<http://lattes.cnpq.br/4123985163356684>

Amanda Teixeira de Medeiros Gomes

<http://lattes.cnpq.br/9746946946865519>

Carlos Dornels Freire de Souza

<http://lattes.cnpq.br/9011591840925077>

Ana Kívia Silva Matias

<http://lattes.cnpq.br/2369396794909761>

1 | INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa de caráter crônico com diferentes manifestações dermatoneurológicas, dependendo da resposta imune do hospedeiro. Pode variar de máculas com sensibilidade alterada a lesões cutâneas secundárias, como úlceras e envolvimento neural irreversível, sendo alto seu poder incapacitante (WHO, 2016; BRASIL, 2019). É responsável pela deficiência de 3 milhões de pessoas no mundo, sendo hoje a principal causa de incapacidades físicas evitáveis (SOUZA et al., 2017).

Em 2018 foram notificados à Organização Mundial da Saúde (OMS) 208.619 casos novos de hanseníase no mundo. A região das Américas foi responsável por 30.957 desses casos, e o Brasil por 28.660 notificações, o que equivale a 92,6% do total das Américas. Quanto ao grau de incapacidade física, entre os 24.780 (86,5%) avaliados no diagnóstico, 2.109 (8,5%) apresentaram deformidades visíveis, ou seja, Grau de Incapacidade Física 2 (GIF 2). Assim, o Brasil permanece como um país com alta carga para essa doença e atrás apenas da Índia em número de casos novos no mundo (BRASIL, 2020).

A avaliação do GIF no momento do diagnóstico permite avaliar a efetividade das medidas de detecção precoce da doença (WENDLER, 2018; WHO, 2019; SILVA et al., 2019). Assim, uma vez que a hanseníase possui uma evolução lenta, casos novos com GIF 2 denotam diagnóstico tardio (BRASIL, 2020). Além de revelar indiretamente informações sobre outros fatores que interferem na detecção de casos como o conhecimento da comunidade sobre essa doença, a capacidade da equipe de saúde de identificar manifestações clínicas precoces e, até certo ponto, a qualidade dos serviços de hanseníase (WHO, 2019).

Nesse contexto, as úlceras cutâneas na hanseníase constituem incapacidades visíveis, representando GIF 2 (GOMES; FRADE; FOSS, 2007). Tais lesões podem ser classificadas de

acordo com a ocorrência ou não de dano neural, em neuropáticas e não neuropáticas.

As não neuropáticas dividem-se em úlceras específicas que são próprias do adoecimento e manifestações clínicas da hanseníase e úlceras inespecíficas, que estão relacionadas à estase venosa e geralmente são encontradas na região perimaleolar medial ou lateral, costumam ser extensas e geralmente são precedidas de traumatismo leve (ECHEVARRÍA; CERVERA, 2013).

As úlceras não neuropáticas específicas podem ocorrer no curso crônico das formas multibacilares, especialmente a hanseníase virchowiana não tratada. Tais úlceras surgem a partir de nódulos lepromatosos em crescimento que necrosam e formam solução de continuidade (ECHEVARRÍA; CERVERA, 2013; BRASIL, 2019) e também podem decorrer da presença de infiltrado inflamatório com grandes quantidades do bacilo na pele, havendo invasão direta da parede dos vasos e do endotélio por estes bacilos, determinando reações granulomatosas do tipo tuberculoide, vasculite, necrose cutânea e ulcerações. As lesões ulcerosas nessa forma clínica, sendo explicadas, pela obstrução dos vasos sanguíneos por esse infiltrado rico em bacilos, os quais são encontrados nos macrófagos, no lúmen, no endotélio vascular e na circulação periférica, podendo, em situações mais graves ocasionar uma panflebite virchowiana de veias superficiais (FERNANDES; SANTOS; LOPES, 2016).

O outro tipo sem envolvimento neural específico é o das úlceras que decorrem de episódios reacionais inflamatórios do tipo 1 (Reação Reversa) ou mais comumente do tipo 2 (Eritema Nodoso Hansênico) e, nesse caso, imunocomplexos atingem o endotélio, permitindo a ocorrência de vasculite, necrose de nódulos, placas e, finalmente, a úlcera (Figura 1) (OPROMOLLA et al., 1998; ECHEVARRÍA; CERVERA, 2013).



Figura 1 – Úlcera não neuropática decorrente da Reação Tipo 1, localizada em região malar. (fase inicial crostosa). Fonte: Arquivo Pessoal.

Nas úlceras neuropáticas, O *Mycobacterium leprae* invade as fibras do sistema nervoso periférico, levando às alterações sensoriais, motoras e autonômicas. A perda parcial ou total na sensibilidade térmica, dolorosa, tátil gera prejuízo ao autocuidado, uma vez que a pele fica vulnerável a atritos repetidos e pressões, sobretudo nas áreas de proeminências ósseas. Associado a isso, há o déficit de produção sebácea, sudorípara, ocasionando hiperqueratoses, fissuras, lesões tróficas que facilitam a ocorrência de infecções, fraqueza e paralisia muscular gerando deformidades como mão em garra, pé caído, neste caso, a perda do coxim normal que contribui com o acolchoamento do pé pela paralisia da musculatura intrínseca. A própria deambulação somada ao uso de calçados inadequados, traumatismos mecânicos, e a presença de calosidades nas áreas que suportam mais peso, constituem-se em múltiplos fatores para etiologia das úlceras neuropáticas ou neurotróficas (BRASIL, 2008; ECHEVARRÍA; CERVERA, 2013; BATISTA et al., 2019; GUIMARÃES et al., 2019).

Ainda que essas úlceras ocorram majoritariamente na região plantar, apresentam localização extraplantar importante, comum nos maléolos, na região dorsal dos pés e pododáctilos, nas mãos e cotovelos. Nesses casos, a patogenia não sofre influência do peso corporal e isso pode proporcionar um tempo mais curto de cicatrização, como ocorre nas úlceras das mãos, as quais decorrem de lesões mecânicas como queimaduras e cortes. A localização extraplantar mais frequente ocorre na face dorsal das articulações metatarsofalangeanas, que são secundárias ao atrito do calçado, sobretudo nos dedos em garra (ECHEVARRÍA; CERVERA, 2013).

Úlceras de perna teriam fator anatômico relevante, uma vez que o terço inferior do membro apresenta um estreito coxim areolar na face anterior e na posterior muitos tendões agrupados com escassa cobertura de proteção (GUIMARÃES et al., 2019).

As úlceras plantares, comumente denominadas mal perfurante plantar, ocorrem com maior frequência na região no antepé, são precedidas de hiperqueratose, tem formato circular, sinais inflamatórios, mas são anestésicas (ECHEVARRÍA; CERVERA, 2013). São lesões de difícil controle e alta taxa de recorrência e reincidência (Figura 2) (BATISTA et al., 2019).



Figura 2 – Úlceras neuropáticas plantares no antepé esquerdo (A) e hálux direito (B).

Fonte: Arquivo Pessoal.

A úlcera cutânea em hanseníase, sobretudo quando crônica é uma incapacidade física que onera o sistema de saúde, e traz uma série de prejuízos à vida laboral, à socialização e ao bem estar psicológico do portador e sua família. Ademais, contribui para a perpetuação do estigma e marginalização associados historicamente a esse agravo (GUIMARÃES et al., 2019).

Relatamos o caso de um paciente com úlceras de perna há oito anos, tratadas como úlcera de estase, sem exame físico global e diagnóstico de hanseníase e para o qual havia indicação de amputação dos membros, por ausência de respostas ao tratamento convencional.

2 | RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 72 anos de idade, recebido no serviço de dermatologia com histórico de úlceras nas pernas há oito anos, assistido por um cirurgião vascular. Ele foi internado nos anos de 2011 e 2012, para tratamento de úlceras, tendo amputado o hálux direito. Nega tratamentos anteriores para hanseníase. Portador de hipertensão e em uso de furosemida, carvedilol e enalapril. O exame físico revelou úlceras grandes e profundas de aproximadamente 15 cm no maior diâmetro dos membros inferiores, hipercrômicas nos dois membros inferiores ao redor da úlcera e linfedema no terço inferior das pernas. Apresentou lesão vegetante hiperqueratótica no hálux esquerdo e alterações tróficas (ausência de unhas em todos os dedos dos pés, xerose intensa), dificuldade em movimentar os dedos dos pés e perda de divisão entre eles. No rosto apresentava madarose parcial de cílios e supercílios, infiltração característica da forma virchowiana e orelhas com lóbulos pendulares (Figuras 3 e 4).



Figura 3 – Presença de infiltração em face, madarose parcial em cílios e supercílios.



Figura 4 – Grandes lesões ulcerativas em membros inferiores direito (A) e esquerdo (B), apresentando tecido de granulação, hiperqueratose, reabsorção óssea em falanges distais e sinais de insuficiência vascular.

Com a suspeita clínica de hanseníase, foi solicitada baciloscopia, cujo resultado foi: Lobo direito (LD) = 3, Lobo esquerdo (LE) = 4, Cotovelo direito (CD) = 4, Cotovelo esquerdo (CE) = 5, Índice bacilar (IB) = 4, Índice morfológico (IM) = bacilo intacto, globular e fragmentado (Figura 5).

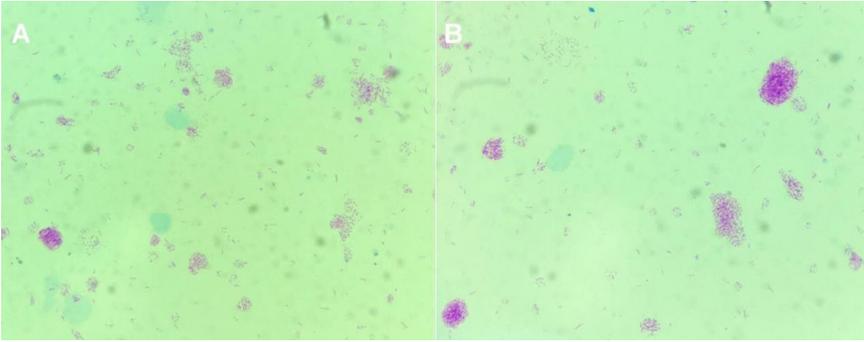


Figura 5 – Baciloscopia do paciente mostrando bacilos intactos, globulares e fragmentados.

Confirmado diagnóstico da hanseníase virchowiana iniciou-se o tratamento com poliquimioterapia multibacilar e indicação tópica de óleo de girassol. Após 4 meses foi notada melhora gradual das lesões ulcerativas com a manutenção da terapia multidrogas (Figura 6).

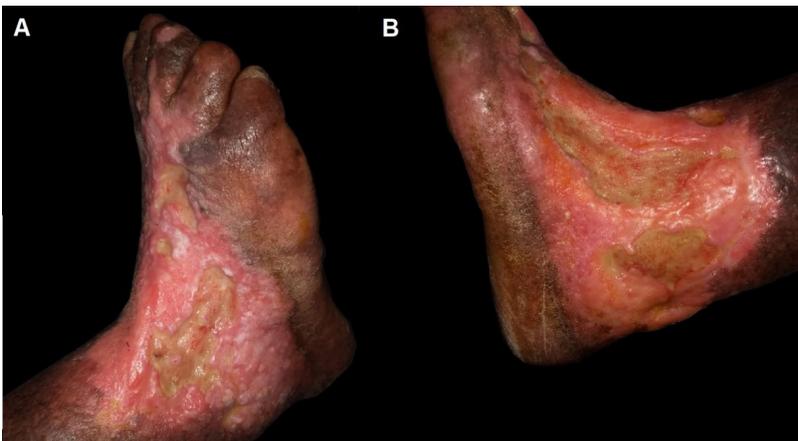


Figura 6 – Melhora de lesões ulcerativas, com algumas áreas já cicatrizadas e maior quantidade de tecido de granulação em membros inferiores direito (A) e esquerdo (B), após início de poliquimioterapia multibacilar.

3 | DISCUSSÃO

A hanseníase tem como característica frequente a relação com aspectos ulcerativos, sendo as formas clínicas mais intimamente ligadas ao seu desenvolvimento a dimorfa-tuberculoide, seguida da virchowiana e dimorfa-virchowiana (MUÑOZ; GUIMARÃES; NERY, 2013; CHAGAS, 2018). A depender da forma, a formação da úlcera está ligada a diferentes

processos patológicos, variando tanto características estruturais quanto o quadro clínico (ECHEVARRÍA; CERVERA, 2013).

Nas formas virchowianas, como neste caso, o aparecimento das úlceras ocorre em estados crônicos e avançados não tratados através da formação de soluções de continuidade na pele em certas regiões, sendo resultantes ou não de dano neural predisponente. A alteração no mecanismo neuropático ocasiona a anidrose, xerose, formação de fissuras como também a alteração na sensibilidade. Com essa mudança no tegumento, a presença de trauma pode ocasionar úlceras de difícil controle, pois a anestesia não permite que a dor limite o movimento, fazendo com que as úlceras permaneçam e cresçam em tamanho. Reações inflamatórias e linfangites podem estar associadas, uma vez que a repetição desses traumas promove alteração dos vasos venosos superficiais e linfáticos. (ODA; GALAN; OPROMOLLA, 2003). Assim, o tecido de granulação contendo bacilo é exposto, produzindo um exsudato rico em *Mycobacterium leprae* (ECHEVARRÍA; CERVERA, 2013). Sendo, apenas 5% dessas úlceras decorrentes de negligência com rachaduras profundas em áreas de pele seca, anidrótica e hiperkeratóticas (RIYAZ; SEHGAL, 2017). Outro mecanismo nesses pacientes, é a já explicada invasão bacilar nos vasos sanguíneos superficiais, que em virchowianos, pode desencadear a síndrome pós-flebite que causa insuficiência venosa profunda, varizes iniciais, com edema difuso e pigmentação da pele (FERNANDES; SANTOS; LOPES, 2016).

A hipertensão arterial sistêmica também pode ser considerada um fator importante no desenvolvimento das úlceras devido ao seu mecanismo de aumento localizado da resistência vascular, que ocasiona uma diminuição na pressão de perfusão cutânea, a qual consequentemente contribui para formação da úlcera por isquemia (FREIRE; FERNANDES; PINEIRO-MACEIRA, 2006). Além disso, a pressão contínua reduz o fluxo sanguíneo local, levando a necrose tecidual, que gera inflamação asséptica, edema local e autólise (BRITTON; LOCKWOOD, 2004). O diagnóstico diferencial de úlceras nestes pacientes incluiu outras doenças neurogênicas, arteriais, venosas, estase e úlceras de causas sistêmicas (RIYAZ; SEHGAL, 2017). A própria hipertensão aumenta o risco de aterosclerose e microangiopatia periférica (BRASIL, 2008). Esses dois últimos fatores corroboram o quadro clínico relatado (MUÑOZ; GUIMARÃES; NERY, 2013).

No caso apresentado, a localização da úlcera demonstra envolvimento neural, como também presença do componente de estase consequente a patologia de base em fase tardia, sem tratamento específico para hanseníase. A utilização da terapia multidrogas, neste caso, resultou na involução gradual das úlceras, o que não havia ocorrido em 8 anos de tratamento convencional para úlcera hipertensiva e de estase, fato que ajuda a ratificar a hanseníase como o principal mecanismo causador das manifestações, mesmo que associado a lesões vasculares (Figura 4). No paciente em relato, observa-se também a presença de hipertrofia e vegetação, fenômenos que podem ocorrer em úlceras crônicas sendo em geral, assintomáticas e frequentemente localizadas na região plantar, com ou

sem linfadenopatia regional. Estas úlceras crônicas, neuropáticas, são mais suscetíveis a transformações malignas, como nos casos de Úlcera de Marjolin relacionada à hanseníase, a qual possui processo de malignização frequentemente ligado ao carcinoma escamocelular. Em virtude do seu caráter bastante agressivo e incapacitante, é de extrema relevância o acompanhamento das úlceras crônicas secundárias à neuropatia na hanseníase (MUÑOZ; GUIMARÃES; NERY, 2013).

4 | CONCLUSÃO

Úlceras, como apresentação da hanseníase, são manifestações que requerem uma apurada investigação por parte dos profissionais, fator que corrobora com a importância da realização da anamnese bem feita, do exame físico completo, como também da análise contexto sociodemográfico do paciente. Médicos clínicos e especialistas, devem estar familiarizados com as várias formas de manifestação dessa doença, como a forma ulcerativa considerando-a entre os diagnósticos diferenciais para úlceras no Brasil, sobretudo, em regiões hiperendêmicas, a fim de cessar a cadeia de transmissão e minimizar danos físicos, econômicos e ao bem-estar dos pacientes.

REFERÊNCIAS

BATISTA, K.T. et al. Tratamento da úlcera plantar devido à hanseníase. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 34, n.4, p. 497-503, out. 2019. Disponível em: <http://www.rbc.org.br/details/2666/pt-BR/tratamento-da-ulcera-plantar-devido-a-hanseniasi>. Acesso em: 04 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico: Hanseníase 2020**. Número especial. Brasília: Ministério da Saúde, jan. 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/22/boletim-hanseniasi-2020-web.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Volume único. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 725 p. Capítulo 5. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvsm/publicacoes/guia_vigilancia_saude_4ed.pdf. Acesso em: 04 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de condutas para tratamento de úlceras em hanseníase e diabetes**. 2. ed., rev. E ampl. - Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em : http://bvsm.sau.gov.br/bvsm/publicacoes/manual_condutas_ulcera_hanseniasi.pdf. Acesso em: 04 jul. 2020

BRITTON, W.J; LOCKWOOD, D.N.J. Leprosy. **The Lancet**. v. 363, apr. 2004. Disponível em : [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(04\)15952-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(04)15952-7/fulltext). Acesso em: 04 jul 2020.

ECHEVARRÍA, J.R.G; CERVERA, F.M. Úlceras neuropáticas en enfermos de lepra. **PIEL. Formación continuada en dermatología**. Espanha, v. 28, n.5, p 284 - 293, 2013. Disponível em : https://www.researchgate.net/publication/257062473_Ulceras_neuropaticas_en_enfermos_de_lepra. Acesso em: 04 jul. 2020

FERNANDES, T.R.M.O.; SANTOS, T.S.S.; LOPES, R.R.M. Leg ulcer in leprosy lepromatous - Case report. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. Rio de Janeiro, v 91, n. 5, p. 673-5, 2016. Disponível em : https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962016000500673. Acesso em: 04 de jul 2020

FREIRE, B.M; FERNANDES, N.C; PINEIRO-MACEIRA, J. Úlcera hipertensiva de Martorell: relato de caso. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. Rio de Janeiro, v. 81, supl. 3, p.S327-S331, out. 2006. Disponível em : https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0365-05962006000900018&script=sci_arttext. Acesso em: 04 jul. 2020

GOMES, F.G; FRADE, M.A.C; FOSS, N.T. Úlceras cutâneas na hanseníase: perfil clínico-epidemiológico dos pacientes. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 82, n. 5, p. 433-437, set. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abd/v82n5/a06v82n05.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2020.

GUIMARÃES, H.C.Q.C.P. et al. Evidências científicas sobre as úlceras de pernas como sequela da hanseníase. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 5, p. 564-570, jun. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000500014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 04 jul. 2020.

MUÑOZ, A.M.L; GUIMARÃES, M.G; NERY, J.A.C. Carcinoma escamocelular em úlcera de Marjolin. **Revista da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia**. v. 71, n. 1, 2013. Disponível em : <https://revista.spdv.com.pt/index.php/spdv/article/view/135>. Acesso em: 04 jul. 2020.

ODA, R.M; GALAN, N.G.A; OPROMOLLA, D.V.A. Úlceras de perna na hanseníase. **Manual de prevenção de incapacidades e Reabilitação em Hanseníase**. Bauru: Instituto Lauro de Souza Lima, p 130-133, 2003. Disponível em: http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/livros/OPROMOLLA_DILTOR_prevencao/pre_textuais/PDF/pre_textuais.pdf. Acesso em: 04 jul. 2020.

OPROMOLLA, D.V.A. et al. Reação hansênica tipo 1 ulcerada. **Hansenologia Internationalis**, v. 23, n. 1/2, p. 5-13, 1998. Disponível em: <http://www.ilsl.br/revista/imageBank/898-2641-1-PB.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2020.

RIYAZ, N; SEHGAL, V.N; Leprosy: Trophic Skin Ulcers. **Skinmed**. v. 15, n.1, p. 45-51, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/314283849_Leprosy_Trophic_Skin_Ulcers. Acesso em: 04 jul. 2020.

CHAGAS, Izabel Cristina Sad das. **Fatores de risco para a ocorrência das úlceras plantares decorrente da hanseníase**. 2018. 96 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018. Disponível em : https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ENFC-B6KK4S/1/izabel_cristiana_sad_das_chagas.pdf. Acesso em: 04 jul. 2020.

SILVA, J.S.R. et al. Variáveis clínicas associadas ao grau de incapacidade física na hanseníase. **Revista Cuidarte**, v. 10, n. 1, p. 1-12, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v10n1/2346-3414-cuid-10-1-e618.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2020.

SOUZA, C. D. F. et al. Grau de incapacidade física na população idosa afetada pela hanseníase no estado da Bahia, Brasil. **Revista Acta Fisiátrica**. v. 24, n. 1, p. 27-32, 2017. Disponível em : <http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/144581>. Acesso em: 04 jul. 2020.

WENDLER, S.A. et al. Perfil epidemiológico dos indivíduos com grau dois de incapacidade física nos casos novos de hanseníase, durante 10 anos, em Guarapuava-PR. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 1, n.2, p. 90-100, dez. 2018. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/107/33>. Acesso em: 04 jul. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global leprosy update, 2018: moving towards a leprosy free world. **Weekly Epidemiological Record**, v. 94, n. 35/36, p. 389-412, 30 ago. 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326776>. Acesso em: 04 jul. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Regional Office for South-East Asia. **Global leprosy Strategy 2016- 2020 “Accelerating towards a leprosy-free world”**. New Delhi, India, 2016. Disponível em : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208824/1/9789290225201-en.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2020.

SOBRE OS ORGANIZADORES

LUIS HENRIQUE ALMEIDA CASTRO - Possui graduação em nutrição pela Universidade Federal da Grande Dourados concluída em 2017 com a monografia “*Analysis in vitro and acute toxicity of oil of Pachira aquatica Aublet*”. Ainda em sua graduação, no ano de 2013, entrou para o Grupo de Pesquisa Biologia Aplicada à Saúde sendo um de seus membros mais antigos em atividade realizando projetos de ensino, pesquisa e extensão universitária desde então. Em 2018 entrou no Curso de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal da Grande Dourados com o projeto de pesquisa: “Avaliação da Toxicidade Reprodutiva Pré-clínica do Óleo da Polpa de Pequi (*Caryocar brasiliense* Camb.)” no qual, após um ano e seis meses de Academia, obteve progressão direta de nível para o Curso de Doutorado considerando seu rendimento acadêmico e mérito científico de suas publicações nacionais e internacionais; além disso, exerce no mesmo Programa o cargo eletivo (2018-2019) de Representante Discente. Em 2019 ingressou também no Curso de Especialização em Nutrição Clínica e Esportiva pela Faculdade Venda Nova do Imigrante. Atua desde 2018 enquanto bolsista de Pós-Graduação pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) desenvolvendo pesquisas em duas principais linhas de atuação: nutrição experimental, na qual desenvolve estudos farmacológicos e ensaios de toxicidade com espécies vegetais de interesse para a população humana; e, nutrição esportiva, no tocante à suplementação alimentar, metabolismo energético, fisiologia do exercício e bioquímica nutricional. Atualmente é revisor científico dos periódicos *Journal of Nutrition and Health Sciences*, *Journal of Human Nutrition and Food Science* e do *Journal of Medicinal Food*. É ainda membro do Corpo Editorial do *Journal of Human Physiology* e membro do Conselho Técnico Científico da própria Atena Editora.

FERNANDA VIANA DE CARVALHO MORETO - Possui graduação em Nutrição pelo Centro Universitário da Grande Dourados (2008), pós-graduação em Terapia Nutricional, Nutrição Clínica e Fitoterapia pela Faculdade Ingá – Maringá (2012). Especialização em Nutrição Esportiva pela Faculdade de Ensino Superior de São Miguel do Iguçu – FAESI (2015). Nutricionista Clínica e Esportista, com mais de 10 anos de experiência em consultório nutricional, com foco no atendimento personalizado em crianças, adultos, gestantes, idosos, praticantes de atividades físicas e atletas, visando o cuidado, a saúde e o bem-estar. Com o perfil clínico em legitimar a Nutrição Baseada em Evidência em ser acessível para todos, sempre utilizou do que existe de maior evidência em nutrição para prevenir e tratar doenças. Na sua trajetória profissional, foi nutricionista do Programa Mesa Brasil SESC (2010-2016), responsável por ministrar Oficinas Culinárias de Aproveitamento Integral dos Alimentos e Cursos de Higiene e Manipulação dos Alimentos de acordo com as normas da Vigilância Sanitária. Atuou como docente, cargo professora substituta, na Universidade Federal da

Grande Dourados (UFGD) em diversas disciplinas, como Nutrição e Esportes, Higiene e Controle de Qualidade de Alimentos, Composição de Alimentos, Técnica Dietética e Ética Profissional e Bioética (2017 – 2019). Atualmente é acadêmica bolsista da CAPES no curso de Mestrado do Programa de Alimentos, Nutrição e Saúde da Universidade Federal da Grande Dourados (2019). Membro do Grupo de Pesquisa Biologia Aplicada à Saúde. Pesquisadora, atuante em ensaios pré-clínicos visando avaliar a ação farmacológica de compostos ativos naturais sobre os sistemas orgânicos (toxicidade e genotoxicidade) e fatores de risco associados à saúde. Atua principalmente nos seguintes temas: fitoterapia, nutrição clínica e esportiva.

THIAGO TEIXEIRA PEREIRA - Possui graduação em Educação Física Licenciatura e Bacharelado pela Universidade Católica Dom Bosco – UCDB (2018). Concluiu especialização em Educação Especial pela Universidade Católica Dom Bosco em 2019. Ingressou na pós-graduação (*Stricto Sensu*) a nível de mestrado em 2019 pela Fundação Universidade Federal da Grande Dourados – UFGD, área de concentração em Farmacologia, no qual realiza experimentos em animais na área de toxicologia e endocrinologia, associando intervenção com extratos de plantas e/ou ervas naturais e exercício físico. É membro do Grupo de Pesquisa de Biologia Aplicada à Saúde, cadastrado no CNPq e liderado pela Prof^a. Dra. Sílvia Aparecida Oesterreich. Em 2019, foi professor tutor do curso de Graduação Bacharel em Educação Física, modalidade Educação à Distância, pela Universidade Norte do Paraná polo de Campo Grande-MS (UNOPAR/CG). Foi revisor dos periódicos *Lecturas: Educación Física y Deportes* e *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*. Possui experiência profissional em treinamento funcional e musculação, avaliação antropométrica, testes de aptidão física e cardiovasculares, montagem de rotinas de treinamento, orientação postural e execução de exercícios, periodização do treinamento e treinamento resistido com enfoque em hipertrofia máxima e promoção da saúde. Atualmente está desenvolvendo estudos de metanálise com o fruto *Punica granatum* L., bem como a ação de seus extratos em animais da linhagem Wistar, associado ao exercício físico de força. Recentemente, participou como coautor de um estudo de metanálise inédita intitulada: *Comparative Meta-Analysis of the Effect of Concentrated, Hydrolyzed, and Isolated Whey Protein Supplementation on Body Composition of Physical Activity Practitioners*, que buscou verificar a eficiência de *whey protein* dos tipos concentrado, isolado e hidrolisado comparado a placebos isocalóricos sobre os desfechos de composição corporal em adultos saudáveis praticantes de atividade física.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acne 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33

Algoritmo 13, 14

Ansiedade 19, 60

Anticorpos Antitreponêmicos 70, 72

Antígenos Circulantes 70

Assistência à Saúde 10, 52, 53, 54, 55, 59

Atendimento em Saúde 9, 59, 60, 61

B

Boletim Epidemiológico 3, 10, 12, 114, 119, 120, 121, 128, 144, 147, 152, 156, 163, 164, 176, 209

C

Calazar 44, 50

Coronavírus 9, 34, 35, 36, 39, 40, 41, 92

Covid-19 9, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96

Cuidado Clínico 147

D

Depressão 9, 19, 60

E

Educação Sexual 1, 2, 3, 7, 10, 11, 12, 110, 115, 127, 188, 195, 196, 200

Esplenomegalia Tropical 44

F

Febre Dundun 44

G

Gestação 15, 18, 60, 68, 69, 71, 75, 77, 79, 80, 83, 84, 85, 88, 89, 117, 156, 162, 166, 168, 169, 173, 177

Gravidez 7, 8, 18, 21, 23, 61, 63, 70, 72, 80, 83, 86, 87, 88, 117, 123, 126, 199, 201

H

Hepatomegalia 45

I

Identidade de Gênero 188, 198

Imunoglobulina 38, 72

Incubação Oscilante 69

Infecção Sexualmente Transmissível 69

L

Leishmaniose Visceral 43, 44, 45, 46, 49, 50, 51, 133, 145

P

Período de Latência 70, 71

R

Remoção 23, 24, 72

Retrovírus 147

RT-PCR 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 93

S

Sars-Cov-2 9

Saúde Física 52, 53, 60, 61

Saúde Mental 9, 60

Saúde Pública 1, 3, 12, 45, 50, 52, 53, 79, 87, 89, 90, 91, 97, 98, 110, 112, 122, 124, 128, 129, 131, 136, 137, 147, 154, 155, 156, 157, 160, 166, 168, 177, 186

Saúde reprodutiva 201

Sexualidade 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 123, 127, 131, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 198, 199, 200, 201

Sífilis 5, 9, 12, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 117, 119, 120, 123, 124, 125, 128, 154, 156, 157, 158, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 172, 174, 175, 176, 177, 178

Sintomatologia 71, 92

Sistema Imunológico 146, 147, 156

Soro Materno 70

T

Tratamento Tópico 14

Treponema Pallidum 69, 70, 81, 83, 84, 85, 103, 107, 156

V

Vigilância 3, 4, 10, 11, 12, 40, 45, 46, 50, 51, 65, 80, 81, 84, 85, 87, 112, 119, 120, 121, 128, 133, 135, 142, 143, 144, 145, 152, 165, 176, 195, 209, 211

Violência Sexual 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 66, 67, 118, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 179, 180, 181, 182, 183, 184

PROBLEMAS E OPORTUNIDADES DA SAÚDE BRASILEIRA

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

PROBLEMAS E OPORTUNIDADES DA SAÚDE BRASILEIRA

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

Atena
Editora

Ano 2020