

SAÚDE COLETIVA: TENDÊNCIAS PARA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

**AMÉLIA RAQUEL LIMA DE PONTES
ANNE MILANE FORMIGA BEZERRA
JULIANE DE OLIVEIRA COSTA
IANNE STÉFANI ANGELIM VIEIRA
ROSA MARTHA VENTURA NUNES**



**SAÚDE COLETIVA: TENDÊNCIAS
PARA VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

Todo o conteúdo apresentado neste livro é de responsabilidade do(s) autor(es).

Esta publicação está licenciada sob [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Conselho Editorial

Prof. Dr. Ednilson Sergio Ramalho de Souza - Ufopa (Editor-Chefe)
Prof^a. Dr^a. Danjone Regina Meira - USP
Prof^a. Ms. Roberta Seixas - Unesp
Prof. Ms. Gleydson da Paixão Tavares - UESC
Prof^a. Dr^a. Monica Aparecida Bortolotti - Unicentro
Prof^a. Dr^a. Isabele Barbieri dos Santos - FIOCRUZ
Prof^a. Dr^a. Luciana Reusing - IFPR
Prof^a. Ms. Laize Almeida de Oliveira - UNIFESSPA
Prof. Ms. John Weyne Maia Vasconcelos - UFC
Prof^a. Dr^a. Fernanda Pinto de Aragão Quintino - SEDUC-AM
Prof^a. Dr^a. Leticia Nardoni Marteli - IFRN
Prof. Ms. Flávio Roberto Chaddad - SEESP
Prof. Ms. Fábio Nascimento da Silva - SEE/AC
Prof^a. Ms. Sandolene do Socorro Ramos Pinto - UFPA
Prof^a. Dr^a. Klenicy Kazumy de Lima Yamaguchi - UFAM
Prof. Dr. Jose Carlos Guimaraes Junior - Governo do Distrito Federal
Prof. Ms. Marcio Silveira Nascimento - UFRR
Prof. Ms. João Filipe Simão Kembo - Escola Superior Pedagógica do Bengo - Angola
Prof. Ms. Divo Augusto Pereira Alexandre Cavadas - FADISP
Prof^a. Ms. Roberta de Souza Gomes - NESPEFE - UFRJ
Prof. Ms. Valdimiro da Rocha Neto - UNIFESSPA
Prof. Dr. Jeferson Stiver Oliveira de Castro - IFPA
Prof. Ms. Artur Pires de Camargos Júnior - UNIVÁS
Prof. Ms. Edson Vieira da Silva de Camargos - Universidad de la Empresa (UDE) - Uruguai
Prof. Ms. Jacson Baldoino Silva - UEFS
Prof. Ms. Paulo Osni Silvério - UFSCar
Prof^a. Ms. Cecília Souza de Jesus - Instituto Federal de São Paulo

“Acreditamos que um mundo melhor se faz com a difusão do conhecimento científico”.

Equipe Home Editora

Amélia Raquel Lima de Pontes
Anne Milane Formiga Bezerra
Juliane de Oliveira Costa
Ianne Stéfani Angelim Vieira
Rosa Martha Ventura Nunes

SAÚDE COLETIVA: TENDÊNCIAS PARA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

1ª Edição

Belém-PA
Home Editora
2024

© 2024 Edição brasileira
by Home Editora

© 2024 Texto
by Autor

Todos os direitos reservados

Home Editora
CNPJ: 39.242.488/0002-80
www.homeeditora.com
contato@homeeditora.com
91988165332

Tv. Quintino Bocaiúva, 23011 - Ba-
tista Campos, Belém - PA, 66045-
315

Editor-Chefe

Prof. Dr. Ednilson Ramalho

Projeto gráfico e capa

homeeditora.com

Revisão e diagramação

Autores

Bibliotecária

Janaina Karina Alves Trigo Ramos

CRB-8/009166

Produtor editorial

Laiane Borges

Dados Internacionais de Catalogação na publicação (CIP)



S255

Saúde coletiva: tendências para vigilância em saúde / Amélia Raquel
Lima de Pontes *et al.* – Belém: Home, 2024.

Outros

Anne Milane Formiga Bezerra

Juliane de Oliveira Costa

Ianne Stéfani Angelim Vieira

Rosa Martha Ventura Nunes

Livro em PDF

ISBN: 978-65-6089-069-5

DOI: 10.46898/home.52231542-aa87-4507-b4f9-
1b942c507ff4

1. Saúde coletiva. I. Pontes, Amélia Raquel Lima de *et al.* II. Título.

CDD 613

Índice para catálogo sistemático

I. Saúde.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| CAPÍTULO 1 A HISTÓRIA DA SAÚDE COLETIVA E SUA CONSTITUIÇÃO..... | 8 |
| CAPÍTULO 2 CONTEXTO DA SAÚDE ÚNICA NO BRASIL: SAÚDE ANIMAL, SAÚDE HUMANA E MEIO AMBIENTE..... | 15 |
| CAPÍTULO 3 VIGILÂNCIA EM SAÚDE: AGRAVOS, MORBIDADE E EPIDEMIOLOGIA..... | 20 |
| CAPÍTULO 4 DESAFIOS EPIDEMIOLÓGICOS RELEVANTES NA SAÚDE PÚBLICA DO BRASIL: UM PANORAMA DAS DOENÇAS EMERGENTES..... | 25 |
| CAPÍTULO 5 ZIKA: UMA ARBOVIROSE QUE DESAFIA À SAÚDE PÚBLICA..... | 31 |
| CAPÍTULO 6 MANEJO E IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DO PACIENTE COM DENGUE..... | 42 |
| CAPÍTULO 7 HEPATITES VIRAIS: SAZONALIDADE DA DOENÇA E PREVENÇÃO..... | 49 |
| CAPÍTULO 8 CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL..... | 58 |
| CAPÍTULO 9 AVANÇOS E DESAFIOS DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO..... | 65 |
| CAPÍTULO 10 VACINAÇÃO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: UMA ANÁLISE DOS EVENTOS ADVERSOS..... | 71 |

| | |
|--|-----------|
| CAPÍTULO 11 | |
| AGRAVOS DA SAÚDE: FÍSICO, MENTAL E SOCIAL..... | 79 |
| | |
| CAPÍTULO 12 | |
| PROMOÇÃO E CUIDADO DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO | |
| PRIMÁRIA À SAÚDE..... | 83 |
| | |
| CAPÍTULO 13 | |
| ASSISTÊNCIA DA EQUIPE DE RESIDENTES | |
| MULTIPROFISSIONAIS À PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE | |
| TUBERCULOSE E HANSENÍASE NO ÂMBITO DA ATENÇÃO | |
| PRIMÁRIA A SAÚDE..... | 92 |

PREFÁCIO

A Saúde Coletiva representa um campo de atuação profissional, que proporciona intervenção multiprofissional, com vistas a interlocução de ações e saberes que possibilitem maior promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo, família e comunidade, considerando as diversidades de cada cidadão.

No cenário brasileiro, a Saúde Coletiva estimula o desenvolvimento de pesquisas, que visam aperfeiçoar o sistema de saúde brasileiro, que é universal, o Sistema Único Saúde (SUS). Logo, a integração entre pesquisa e comunidade é uma medida crucial para viabilizar qualidade de vida, fornecendo soluções que subsidiem o enfrentamento à cada desafio, condição demográfica e epidemiológica, expandindo ações de atenção à saúde universal e igualmente.

Exemplo de pesquisa, este livro, intitulado “*Saúde coletiva: tendências para vigilância em saúde*” está organizado em 13 capítulos.

O livro traz uma contextualização da Saúde Coletiva no cenário brasileiro, refletindo a necessidade de uma saúde pública mais integrada e sustentada que quebre barreiras de acesso a serviços de qualidade com foco na equidade, atentando com veemência aos impactos ambientais, climáticos e animais sobre a saúde das populações. Para tal, ressalta a importância da vigilância em saúde para o controle de doenças e a disseminação de informações que antecipa surtos e implementa medidas para mitigar riscos a saúde da população.

Dentre as doenças que assolam o cenário brasileiro, os autores discutem ações para erradicar, gerir e prevenir riscos para a saúde de pessoas acometidas por Dengue, Zika, Chikungunya, Febre amarela, Tuberculose, Hanseníase, HIV/AIDS e COVID-19, de forma contínua e multiprofissional, dado o impacto não somente na saúde pública, mas na perda de produtividade que reverbera em diversos segmentos populacionais.

O Programa Nacional de Imunização, um dos exemplos de política pública de saúde mais bem-sucedido na esfera mundial, é posto com alto perfil de segurança biológica, apresentando exemplos de imunológicos disponibilizados gratuitamente a população, que contribuem com a erradicação de diversas doenças.

Condições de agravo a saúde física, mental e social, são apresentados como pontos que impactam na qualidade de vida dos usuários da Atenção Primária à Saúde, reverberando sua produtividade social. O que externa a necessidade de um cuidar humanizado, com práticas assistenciais que garantam a continuidade do cuidado, facilitando o estabelecimento de vínculo, que potencializará ações interdisciplinares, sendo a educação permanente em saúde o farol para a compreensão e resolutividade dessas ações.

Além disso, apresentam a importância da educação em saúde como medida eficaz a propagação de doenças, associado a boas condições de

saneamento básico, higiene pessoal, qualidade da água e dos alimentos. Sendo perceptível que a boa relação entre profissionais de saúde, governo e sociedade civil contribuirá com um país mais saudável.

Nesta robusta literatura, convido o leitor a se debruçar com atenção nesse solo fértil a formulação de ideias que contribuirão com seu presente e futuro profissional, repercutindo na boa construção do passado que contará a história da sua vida.

Boa leitura!!!

Fabiana Ferraz Queiroga Freitas

CAPÍTULO 1

A HISTÓRIA DA SAÚDE COLETIVA E SUA CONSTITUIÇÃO

Juliane de Oliveira Costa¹

Anne Milane Formiga Bezerra²

Maria Luísa Formiga Bezerra³

Rosa Martha Ventura Nunes⁴

Silvia Ximenes Oliveira⁵

Luciana Ferreira Monteiro e Oliveira⁶

Denisy Dantas Melquíades Azevedo⁷

INTRODUÇÃO

A saúde coletiva, como disciplina, emerge da confluência de diversas áreas do conhecimento em resposta às necessidades de saúde das populações. Sua evolução é marcada pelo reconhecimento dos determinantes sociais da saúde e pela necessidade de uma abordagem interdisciplinar e integrativa. Este campo reflete o amadurecimento das políticas de saúde pública que buscam não apenas curar doenças, mas também prevenir a ocorrência e promover a saúde em um contexto coletivo (Almeida-Filho, 2000).

A constituição da saúde coletiva como um campo de estudo e intervenção é um marco significativo na evolução das políticas de saúde e no entendimento dos fatores que influenciam o bem-estar das populações. Originada nas décadas de 1970 e 1980, essa área surge da necessidade de integrar saberes e práticas provenientes da medicina social, saúde pública,

¹ Enfermeira. Pós-Doutorado em Ciências da Saúde FCMSCSP. Doutorado em Ciências da Saúde FCMSCSP. Especialista em Saúde da Família e Metodologias da Aprendizagem no Ensino Superior (UNIFIP). Docente UNIFIP. Membro do Comitê de Ética (UNIFIP)

² Enfermeira Doutora em Ciências da Saúde pela FSCMSP. Docente da UNIFIP do Curso Bacharelado em Enfermagem.

³ Acadêmica do Curso de Nutrição UNIFIP

⁴ Enfermeira graduada pelas Faculdades Integradas de Patos. Mestre em Ciências da Saúde pela UNICSUL. Mestre em UTI pela SOBRATI. Especialista em Saúde Coletiva. Especialista em UTI.

⁵ Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Docente do Centro Universitário UNIFIP. silviaximeneso@gmail.com

⁶ Enfermeira. Mestre em ciências da saúde pela Universidade Cruzeiro do Sul - São Paulo -SP. Especialista em Saúde da Família. Especialista em Terapia intensiva. Especialista em Gestão em Serviços de Saúde

⁷ Mestre em Ciências da Saúde. Especialista em UTI, Urgência e Emergência e Metodologias Ativas para Educação. denisymelquiades@fiponline.edu.br

epidemiologia e ciências sociais, visando uma compreensão ampla dos determinantes sociais da saúde. Este campo se destaca pela sua abordagem interdisciplinar que procura não apenas tratar doenças, mas principalmente promover a saúde e prevenir agravos através de ações que transcendem os limites da medicina tradicional, incluindo as dimensões políticas, sociais e econômicas que afetam a saúde das comunidades (Paim, 2008). A saúde coletiva, portanto, estabelece-se como um campo essencial para o desenvolvimento de políticas públicas eficazes e para a promoção de uma sociedade mais justa e saudável.

AS RAÍZES HISTÓRICAS DA SAÚDE COLETIVA

As raízes históricas da saúde coletiva podem ser rastreadas até as práticas de saúde pública das antigas civilizações, evidenciando uma preocupação persistente com os fatores ambientais e comunitários que impactam a saúde. Por exemplo, na Roma Antiga, o desenvolvimento de aquedutos e sistemas de esgoto refletia um entendimento primitivo da relação entre saneamento ambiental e saúde pública. Esses esforços eram fundamentais para prevenir doenças entre a população em grandes centros urbanos, marcando os primeiros passos no sentido de políticas de saúde que consideravam o coletivo e não apenas o indivíduo (Rosen, 1993).

No século XIX, com o advento da Revolução Industrial, houve uma mudança significativa nas condições de vida e saúde das populações urbanas. As cidades industrializadas enfrentaram problemas graves como superlotação, poluição e surtos epidêmicos. Este cenário foi um terreno fértil para o desenvolvimento da saúde pública moderna, com figuras como John Snow e Louis Pasteur contribuindo significativamente para a epidemiologia e para a teoria germinal das doenças, respectivamente. Este período também viu o nascimento de políticas sanitárias organizadas e intervenções governamentais mais sistemáticas em saúde pública (Foucault, 1976).

Por fim, o século XX testemunhou a consolidação da saúde coletiva como uma disciplina integrada e fundamentada cientificamente, especialmente com a formação de organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde em 1948. A saúde coletiva começou a se distinguir por seu enfoque nos determinantes sociais da saúde e pela promoção de uma abordagem mais holística e preventiva, que ultrapassava a mera resposta a doenças. Esta

evolução reflete uma mudança paradigmática de intervenções baseadas em doenças específicas para estratégias focadas no bem-estar global da população (Skolnik, 2014).



TEORIAS E MODELOS EM SAÚDE COLETIVA

As teorias e modelos em saúde coletiva constituem uma parte fundamental para entender como interações entre diversos fatores sociais, econômicos, ambientais e biológicos influenciam a saúde das populações. Um dos modelos mais influentes é o dos Determinantes Sociais da Saúde, que foi amplamente divulgado pela Organização Mundial da Saúde. Este modelo sugere que as condições de vida, como educação, emprego, renda, ambiente físico e acesso aos serviços de saúde têm um impacto significativo na saúde individual e coletiva. Essa abordagem enfatiza a necessidade de políticas públicas que vão além do sistema de saúde e incluam aspectos sociais e econômicos para promover a saúde e prevenir doenças (Marmot, 2005).

Outro marco teórico relevante na saúde coletiva é a Epidemiologia Social, que estuda como as condições sociais afetam a distribuição e a frequência de doenças na população. Esta área destaca a importância de fatores como classe social, raça/etnia e gênero, e como esses fatores podem gerar desigualdades em saúde. A epidemiologia social fornece uma base científica para compreender as desigualdades em saúde e para o desenvolvimento de intervenções que visem reduzi-las, promovendo assim uma maior equidade em saúde (Krieger, 2001).

Além disso, a Teoria do Capital Humano e Social na Saúde é outro modelo que tem ganhado destaque. Este modelo considera que o 'capital' social e humano — que inclui a rede de relações sociais, o nível de educação e as competências individuais — desempenha um papel crucial na saúde dos indivíduos e das comunidades. Intervenções baseadas nesse modelo buscam fortalecer comunidades através do desenvolvimento desses capitais,

melhorando a saúde coletiva e a capacidade de as comunidades promoverem mudanças sustentáveis na saúde (Putnam, 2000).

POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE COLETIVA

As políticas públicas desempenham um papel crucial na saúde coletiva, estabelecendo o quadro dentro do qual as intervenções de saúde são planejadas e executadas. Essas políticas são essenciais para garantir que os sistemas de saúde atendam às necessidades da população de maneira eficiente e equitativa. No Brasil, por exemplo, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 foi um marco importante, estabelecendo a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Esta política foi desenhada para proporcionar acesso universal e igualitário aos serviços de saúde para toda a população, independentemente de renda ou status social, e é um exemplo claro de como as políticas públicas podem influenciar a saúde coletiva (Paim et al., 2011).

Além da provisão de serviços de saúde, as políticas públicas em saúde coletiva também incluem medidas de prevenção de doenças e promoção da saúde. Tais políticas abrangem uma variedade de ações, desde campanhas de vacinação até iniciativas de educação em saúde, regulação de alimentos, e controle do tabagismo. O sucesso dessas políticas muitas vezes depende da colaboração entre diversos setores do governo e da sociedade, incluindo saúde, educação, transporte e meio ambiente. A intersectorialidade é, portanto, um conceito chave em saúde coletiva, pois reconhece que a saúde é influenciada por uma ampla gama de fatores sociais e ambientais, e que abordagens integradas são necessárias para lidar com os complexos desafios de saúde pública (Buss & Pellegrini Filho, 2007).

Finalmente, as políticas públicas em saúde coletiva devem se adaptar e responder a novos desafios e condições demográficas e epidemiológicas. A emergência de doenças crônicas não transmissíveis como principais causadoras de morbidade e mortalidade é um exemplo de como as necessidades de saúde da população estão mudando e como as políticas devem evoluir para enfrentar esses novos desafios. O desenvolvimento de políticas que promovam estilos de vida saudáveis, ofereçam bons ambientes para a saúde e facilitem o acesso a cuidados preventivos e curativos é

fundamental para a sustentabilidade dos sistemas de saúde e o bem-estar das populações (Schmidt et al., 2011).

DESAFIOS E PERSPECTIVAS FUTURAS

Os desafios da saúde coletiva são numerosos e complexos, refletindo as mudanças nas condições de saúde e nas demandas sociais. Um dos principais desafios é o crescente fardo das doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares, que exigem uma abordagem de saúde pública mais integrada e sustentada. A transição demográfica e epidemiológica que acompanha o envelhecimento populacional impõe a necessidade de reestruturação dos sistemas de saúde para lidar com essas condições de longa duração, demandando não apenas mais recursos, mas também novas estratégias de gestão de saúde e cuidado contínuo (Schmidt et al., 2011).

Além disso, as desigualdades em saúde continuam a ser um desafio persistente. Populações em áreas rurais, minorias étnicas, e grupos socioeconomicamente desfavorecidos frequentemente enfrentam barreiras significativas no acesso a serviços de saúde de qualidade. A saúde coletiva deve, portanto, intensificar esforços para reduzir essas disparidades através de políticas mais inclusivas e direcionadas, promovendo a equidade tanto no acesso quanto nos resultados de saúde. Isso inclui a adoção de modelos de atenção primária fortalecidos e mais acessíveis, bem como políticas que abordem os determinantes sociais da saúde de maneira mais eficaz (Marmot, 2005).

Para o futuro, a saúde coletiva precisa também abordar os impactos das mudanças ambientais e climáticas sobre a saúde pública. As alterações no clima estão aumentando a incidência de doenças transmissíveis, problemas respiratórios, e condições relacionadas ao calor, desafiando os sistemas de saúde a se adaptarem a essa nova realidade. A promoção de práticas sustentáveis, a integração de políticas de saúde ambiental e a colaboração internacional são essenciais para enfrentar esses desafios globais. Assim, a saúde coletiva deve evoluir para abraçar uma perspectiva mais ampla que considere as interações complexas entre saúde humana, ambiente e sociedade (Costello et al., 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde coletiva, como campo de estudo e prática, continua a evoluir, enfrentando novos desafios e adaptando-se às mudanças globais. O compromisso com a equidade, a prevenção e a promoção da saúde são princípios fundamentais que devem continuar a orientar o desenvolvimento das políticas de saúde pública. A história da saúde coletiva é, portanto, uma história de adaptação e resposta às necessidades em constante mudança das populações.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA-FILHO, N. **"A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva."** Salvador: Casa da Qualidade.2000.
- BERKMAN, L. F., & KAWACHI, I. **"Social Epidemiology."** Oxford: Oxford University Press.2000.
- BUSS, P. M. (2003). "Uma introdução ao conceito de saúde." **Política, Planejamento e Gestão em Saúde**, 1(1), 15-23.
- BUSS, P. M., & PELLEGRINI FILHO, A. "A saúde e seus determinantes sociais." Physis: **Revista de Saúde Coletiva**. 2007.
- COSTELLO, A. et al. "Managing the health effects of climate change." **Lancet**. 2009 373: 1693–733.
- FARMER, P.**"Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor."** Berkeley: University of California Press, 2004.
- FOUCAULT, M. (1976). **"Microfísica do poder."** Rio de Janeiro: Graal.
- HAFNER, T., & SHIFFMAN, J. **"The emergence of global attention to health systems strengthening."** Health Policy and Planning, 2013. 28(1), 41-50.
- KRIEGER, N. "A glossary for social epidemiology." **Journal of Epidemiology and Community Health**.2001.
- LOPEZ, A. D., MATHERS, C. D., EZZATI, M., et al"Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data." **Lancet**.2006.
- MARMOT, M. "Social determinants of health inequalities." **Lancet**. 2005.
- PAIM, J."O que é saúde coletiva?" Rio de Janeiro: **Fiocruz**. 2008.
- PAIM, J. S., TRAVASSOS, C., ALMEIDA, C., BAHIA, L., & MACINKO, J."O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios." **Lancet**. 2011.

- PUTNAM, R. D. "Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community." **New York: Simon & Schuster.** 2000.
- ROSEN, G. "Uma história da saúde pública." São Paulo: **Hucitec.** 1993
- SCHMIDT, M. I. et al "Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais." **Lancet.**
- SCHNEIDER, M. J., BEAGLEHOLE, R., BRODY, H., et al. "Public health: ethical issues." **Cambridge University Press.** 2006
- SKOLNIK, R. "Saúde Global 101." **Burlington: Jones & Bartlett Learning.** 2014.
- STARFIELD, B. (2002). "Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia." Brasília: **UNESCO**, Ministério da Saúde.
- TEUTSCH, S. M., & CHURCHILL, R. E. "Principles and Practice of Public Health Surveillance." **Oxford University Press.**2000.
- THACKER, S. B., QUALTERS, J. R., LEE, L. M. "Public Health Surveillance in the United States: Evolution and Challenges." **MMWR Suppl.** 2012.
- WHO (2013). "World Health Statistics." **World Health Organization.**2013.
- Wilcox and Gubler. "Disease control priorities in developing countries." **Oxford University Press.** 2005.

CAPÍTULO 2

CONTEXTO DA SAÚDE ÚNICA NO BRASIL: SAÚDE ANIMAL, SAÚDE HUMANA E MEIO AMBIENTE

Juliane de Oliveira Costa¹

Anne Milane Formiga Bezerra²

Cláudia Morgana Soares³

Malba Gean Rodrigues de Amorim⁴

Silvia Ximenes Oliveira⁵

Denisy Dantas Melquíades Azevedo⁶

Rosa Martha Ventura Nunes⁷

INTRODUÇÃO

A concepção de Saúde Única tem se consolidado como uma abordagem interdisciplinar que reconhece a interconexão entre a saúde humana, animal e ambiental. No Brasil, esse conceito ganha especial relevância dada a vasta biodiversidade e a complexidade dos ecossistemas presentes no território. Esta abordagem é crucial para entender como as interações entre seres humanos, animais e o meio ambiente podem potencializar a transmissão de doenças zoonóticas, que representam uma ameaça crescente à saúde pública global (Capua e Alexander, 2007).

¹ Enfermeira. Pós-Doutorado em Ciências da Saúde FCMSCSP. Doutorado em Ciências da Saúde FCMSCSP. Especialista em Saúde da Família e Metodologias da Aprendizagem no Ensino Superior (UNIFIP). Docente UNIFIP. Membro do Comitê de Ética (UNIFIP)

² Enfermeira Doutora em Ciências da Saúde pela FSCMSP. Docente da UNIFIP do Curso Bacharelado em Enfermagem.

³ Graduação Medicina Veterinária. Mestre em Medicina Veterinária. Funcionária Pública Função Médica Veterinária. Docente do ensino superior. Atua na área preventiva e segurança alimentar. E-mail claudiamorganavet2@gmail.com

⁴ Médica veterinária. Doutora em Medicina veterinária pela UFCG. Docente do UNIFIP

⁵ Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Docente do Centro Universitário UNIFIP. silviaximeneso@gmail.com

⁶ Mestre em Ciências da Saúde. Especialista em UTI, Urgência e Emergência e Metodologias Ativas para Educação. denisymelquiades@fiponline.edu.br

⁷ Enfermeira graduada pelas Faculdades Integradas de Patos. Mestre em Ciências da Saúde pela UNICSUL. Mestre em UTI pela SOBRATI. Especialista em Saúde Coletiva. Especialista em UTI.

A implementação de políticas de Saúde Única no Brasil enfrenta desafios particulares devido à diversidade de seu ecossistema e às desigualdades socioeconômicas. A integração efetiva de estratégias que envolvam saúde humana, animal e conservação ambiental requer uma coordenação robusta entre diversos setores governamentais e não governamentais. A experiência brasileira no controle de febre aftosa, através da vacinação em massa de rebanhos, exemplifica como ações coordenadas podem resultar em sucessos significativos em saúde pública (Scoones, 2010).

Ademais, a emergência de doenças como o Zika vírus destacou a necessidade de uma vigilância integrada e de sistemas de resposta que considerem todas as dimensões da saúde. No Brasil, a resposta a esses surtos tem sido modelada pela capacidade de realizar vigilância epidemiológica integrada, que considere tanto os fatores humanos quanto os ambientais e animais, reforçando a importância do enfoque de Saúde Única para a saúde pública no país (Kahn, 2016).

SAÚDE HUMANA E INTERCONEXÕES

A saúde humana no Brasil é profundamente influenciada pelas condições ambientais e pela interação com animais, tanto em contextos rurais quanto urbanos. A expansão urbana descontrolada e a invasão de habitats naturais têm aumentado o contato humano com vetores de doenças e reservatórios animais, facilitando a emergência de doenças zoonóticas. Além disso, a degradação ambiental pode comprometer os recursos naturais essenciais para a manutenção da saúde humana, como água potável e ar limpo (Patz et al., 2004).

As políticas públicas de saúde no Brasil devem, portanto, considerar essas interações complexas ao formular estratégias de saúde pública. Por exemplo, a gestão de resíduos sólidos e o controle de vetores são essenciais para prevenir surtos de doenças como dengue e febre amarela. Essas ações requerem uma abordagem integrada que envolva tanto profissionais de saúde quanto especialistas em manejo ambiental e saúde animal (Wilcox e Gubler, 2005).

Finalmente, a educação em saúde é um pilar fundamental para promover a conscientização sobre as conexões entre saúde humana, saúde

animal e meio ambiente. Programas educacionais que ensinam sobre o manejo adequado de animais domésticos e a importância da conservação ambiental podem reduzir o risco de transmissão de doenças e melhorar a saúde pública de forma sustentável (Chomel et al., 2007).

SAÚDE ANIMAL E IMPACTOS NA SAÚDE HUMANA

A saúde animal é intrínseca à Saúde Única, especialmente considerando o papel dos animais como reservatórios de zoonoses que podem afetar humanos. No Brasil, o controle de doenças em populações animais é vital não só para a saúde dos próprios animais, mas também para a proteção da saúde humana. Programas de vacinação e monitoramento de doenças em fauna selvagem e rebanhos domésticos são essenciais para prevenir a transmissão para humanos (Jones et al., 2008).

Adicionalmente, a interface entre áreas urbanas e rurais apresenta desafios únicos para a saúde animal e humana. A coabitação de humanos e animais em áreas densamente povoadas requer vigilância constante e medidas de controle de doenças adaptadas às condições locais. Este cenário é observado claramente na gestão de doenças em animais de estimação e na fauna urbana, onde a saúde animal está diretamente ligada à saúde pública (Daszak et al., 2000).

O investimento em pesquisa e desenvolvimento de novas vacinas e tratamentos para doenças animais é também um componente crítico para a Saúde Única. Tais investimentos não apenas protegem a saúde animal, mas também mitigam os riscos de zoonoses que podem se espalhar para a população humana, exemplificando a conexão direta entre saúde animal e saúde humana (Karesh et al., 2005).

O PAPEL DO MEIO AMBIENTE NA SAÚDE COLETIVA

O meio ambiente desempenha um papel crucial na saúde coletiva, uma vez que fatores ambientais são determinantes significativos da saúde humana e animal. A conservação dos ecossistemas e a biodiversidade são essenciais para manter o equilíbrio ecológico e prevenir a emergência de novas doenças. Políticas de conservação ambiental no Brasil, como a preservação de áreas naturais e o controle de poluição, são, portanto, componentes vitais de uma estratégia de Saúde Única (Ostfeld e Keesing, 2000).

A qualidade do ar, da água e do solo também tem um impacto direto na saúde pública. Poluentes e toxinas podem comprometer tanto a saúde humana quanto a animal, além de afetar negativamente a biodiversidade. Esforços para monitorar e melhorar a qualidade ambiental são essenciais para prevenir doenças e promover um ambiente saudável para todos os seres vivos (Meyer et al., 2013).

Além disso, o planejamento urbano e rural deve incorporar considerações de saúde pública e ambiental para criar espaços que promovam o bem-estar humano e animal. O desenvolvimento sustentável e a implementação de áreas verdes urbanas são exemplos de como o meio ambiente pode ser integrado às políticas de saúde pública para melhorar a qualidade de vida e reduzir a incidência de doenças (Jackson et al., 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem de Saúde Única é indispensável para enfrentar os complexos desafios de saúde no Brasil. Reconhecendo e agindo sobre as interconexões entre saúde humana, animal e ambiental, é possível promover uma sociedade mais saudável e um ambiente sustentável. As políticas e práticas devem continuar evoluindo para integrar essas três dimensões, garantindo um futuro onde a saúde coletiva seja vista como um todo interdependente.

REFERÊNCIAS

CAPUA, I., & ALEXANDER, D.J. "Avian influenza and human health: Direct and indirect pathways." **Acta Tropica**. 2007.

SCOONES, I. "Avian Influenza: Science, Policy and Politics." **Earthscan**. 2010.

KAHN, L.H. "One Health and the Politics of Antimicrobial Resistance." **Johns Hopkins University Press**. 2016.

PATZ et al. "Unhealthy Landscapes: Policy Recommendations on Land Use Change and Infectious Disease Emergence." **Environmental Health Perspectives**, 2004.

WILCOX AND GUBLER. "Disease control priorities in developing countries." **Oxford University Press**, 2006.

CHOMEL et al. "Emerging infectious diseases and the link to global health outcomes." **Globalization and Health**, 2007.

JONES et al. "Global trends in emerging infectious diseases." **Nature**, 2008.

DASZAK et al. "Emerging infectious diseases of wildlife." **Science**, 2000.

KARESH et al. "Wildlife trade and global disease emergence." **Emerging Infectious Diseases**, 2005.

OSTFELD and KEESING. "Biodiversity and disease risk: the case of Lyme disease." **Conservation Biology**, 2000.

MEYER et al. "Environmental health impacts of transport and mobility." **Environmental Health**, 2013.

JACKSON et al. "Health and the built environment: 10 years after." **American Journal of Public Health**, 2013.

CAPÍTULO 3

VIGILÂNCIA EM SAÚDE: AGRAVOS, MORBIDADE E EPIDEMIOLOGIA

Juliane de Oliveira Costa¹

Anne Milane Formiga Bezerra²

Elicarlos Marques Nunes³

Juliana de Carvalho Gomes⁴

Thoyama Nadja Félix de Alencar⁵

Denisy Dantas Melquíades Azevedo⁶

Rosa Martha Ventura Nunes⁷

Clebson Veríssimo da Costa Pereira⁸

INTRODUÇÃO

A vigilância em saúde é um pilar fundamental para o monitoramento e controle de doenças em uma população. Trata-se de um processo dinâmico

¹ Enfermeira. Pós-Doutorado em Ciências da Saúde FCMSCSP. Doutorado em Ciências da Saúde FCMSCSP. Especialista em Saúde da Família e Metodologias da Aprendizagem no Ensino Superior (UNIFIP). Docente UNIFIP. Membro do Comitê de Ética (UNIFIP)

² Enfermeira Doutora em Ciências da Saúde pela FCMSCSP. Docente da UNIFIP do Curso Bacharelado em Enfermagem.

³ Enfermeiro, Doutor em Ciências da Saúde pela FCMSCSP. Professor Adjunto, Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de Campina Grande. elicalros.marques@professor.ufcg.edu.br

⁴ Especialista em Saúde da Família Cuidado Pré Natal e Obstetrícia. julianac.gomes83@gmail.com

⁵ Enfermeira Obstetra. Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – FCMSCSP. Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Católica de Santos - UNISANTOS, professora do Centro Universitário de Patos – UNIFIP. Funcionária pública da Fundação Paraibana de Gestão em Saúde – PBSAÚDE

⁶ Mestre em Ciências da Saúde. Especialista em UTI, Urgência e Emergência e Metodologias Ativas para Educação. denisymelquiades@fiponline.edu.br

⁷ Enfermeira graduada pelas Faculdades Integradas de Patos. Mestre em Ciências da Saúde pela UNICSUL. Mestre em UTI pela SOBRATI. Especialista em Saúde Coletiva. Especialista em UTI.

⁸ Mestre em Ciências da Saúde – FCMSCSP. Especialização em Enfermagem em Infectologia Representante da Sociedade Brasileira de Imunizações na Paraíba. Instrutor de Treinamento em Sala de Vacina pelo ISC/UFBA.

que envolve a coleta sistemática de dados sobre a saúde pública, que são essenciais para a detecção precoce de agravos e a implementação de medidas preventivas. Esta prática é crucial para a prevenção de epidemias e para a promoção da saúde pública, permitindo uma resposta rápida a potenciais ameaças sanitárias (Teutsch e Churchill, 2000).

No contexto brasileiro, a vigilância em saúde tem enfrentado desafios significativos devido à diversidade geográfica e socioeconômica do país. Esses desafios incluem a integração de sistemas de informações de saúde dispersos e a necessidade de adaptação às especificidades locais, o que exige uma infraestrutura robusta e bem coordenada. A eficácia da vigilância em saúde no Brasil tem sido fundamental para o controle de doenças como a dengue e a febre amarela, demonstrando a importância de um sistema de vigilância bem estruturado e ativo (Paim et al., 2011).

Além disso, a vigilância epidemiológica envolve não apenas a coleta e análise de dados, mas também a disseminação das informações para a comunidade médica e o público em geral. Esta transparência e comunicação são essenciais para garantir que as intervenções de saúde pública sejam eficazes e para manter a confiança do público nos sistemas de saúde. A colaboração entre diferentes níveis de governo e entre setores é também crucial para fortalecer os sistemas de vigilância e garantir uma cobertura ampla e efetiva (Beaglehole et al., 2004).

AGRAVOS À SAÚDE E A IMPORTÂNCIA DA VIGILÂNCIA

Os agravos à saúde, que incluem doenças transmissíveis, não transmissíveis, acidentes e violências, representam uma ameaça constante à saúde pública. A vigilância em saúde desempenha um papel crucial na identificação e monitoramento desses agravos, permitindo uma resposta rápida e eficaz. Por meio da vigilância, é possível identificar padrões de doenças, antecipar surtos e implementar medidas preventivas para limitar ou evitar o impacto dessas condições na população (Thacker et al., 2012).

No Brasil, por exemplo, a vigilância de agravos específicos como a malária e a tuberculose tem permitido direcionar recursos e estratégias para as áreas mais afetadas. Essa abordagem direcionada é essencial para a alocação eficiente de recursos e para a maximização do impacto das intervenções de saúde pública. Além disso, a vigilância contínua permite

ajustar as estratégias à medida que novas informações são disponibilizadas, garantindo que as ações de saúde pública sejam baseadas nas evidências mais atuais (WHO, 2013).

MORBIDADE E INDICADORES DE SAÚDE

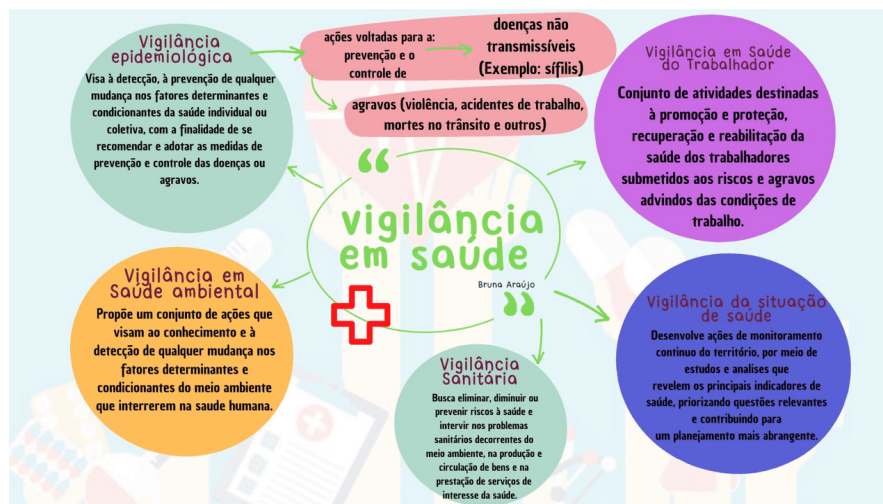
A morbidade, ou a frequência de doenças numa população, é outro componente chave monitorado pela vigilância em saúde. O acompanhamento dos indicadores de morbidade permite às autoridades de saúde pública entender melhor as necessidades de saúde da população e priorizar intervenções. Indicadores como a incidência e prevalência de doenças crônicas, por exemplo, são fundamentais para o planejamento de serviços de saúde e para a formulação de políticas de saúde preventivas (Schneider et al., 2006).

Além disso, a análise de tendências de morbidade pode revelar o surgimento de novas condições de saúde ou mudanças nos padrões de doenças já conhecidas. No Brasil, a vigilância de condições crônicas como diabetes e hipertensão é vital para a prevenção de complicações e para a redução da mortalidade relacionada a essas doenças. Esses dados ajudam a moldar programas de saúde pública que visam modificar comportamentos de risco e melhorar os resultados de saúde da população (Lopez et al., 2006).

O PAPEL DA EPIDEMIOLOGIA NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A epidemiologia é a ciência que estuda a distribuição e os determinantes dos estados de saúde e eventos relacionados em populações específicas. Ela é fundamental para a vigilância em saúde, pois fornece as ferramentas metodológicas para coletar, analisar e interpretar dados de saúde. Isso permite identificar causas de doenças e outros agravos à saúde, fornecendo a base para ações preventivas e políticas de saúde pública (Porta, 2014).

No âmbito da vigilância em saúde, a epidemiologia aplicada pode ajudar a prever surtos e epidemias, além de avaliar a eficácia das intervenções de saúde pública. Por exemplo, a modelagem epidemiológica foi essencial para o Brasil durante a pandemia de COVID-19, ajudando a prever a demanda por recursos hospitalares e a efetividade das medidas de distanciamento social (Lipsitch et al., 2020).



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vigilância em saúde é essencial para a manutenção da saúde pública, especialmente em um país tão diverso como o Brasil. Ela permite não apenas a detecção precoce de agravos à saúde, mas também a implementação de políticas eficazes baseadas em evidências. À medida que novos desafios de saúde emergem, a capacidade de adaptar e fortalecer os sistemas de vigilância será crucial para proteger a saúde da população brasileira.

REFERÊNCIAS

- TEUTSCH, S. M., & CHURCHILL, R. E. "Principles and Practice of Public Health Surveillance." **Oxford University Press**. 2000.
- PAIM, J., TRAVASSOS, C., ALMEIDA, C., BAHIA, L., & MACINKO, J. "O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios." **Lancet**. 2011.
- BEAGLEHOLE, R., BONITA, R., KJELLSTRÖM, T. "Basic epidemiology." **World Health Organization**, 2004.
- THACKER, S. B., QUALTERS, J. R., LEE, L. M. (2012). "Public Health Surveillance in the United States: Evolution and Challenges." **MMWR Suppl**, 2012.
- WHO (2013). "World Health Statistics." **World Health Organization**, 2013.
- SCHNEIDER, M. J., BEAGLEHOLE, R., BRODY, H., et al. "Public health: ethical issues." **Cambridge University Press**, 2006.
- LOPEZ, A. D., MATHERS, C. D., EZZATI, M., et al. "Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data." **Lancet**, 2006.
- PORTA, M. "A Dictionary of Epidemiology." **Oxford University Press**, 2014.

LIPSITCH, M., SWERDLOW, D. L., FINELLI, L. "Defining the Epidemiology of Covid-19 — Studies Needed." **New England Journal of Medicine**, 2020.

CAPÍTULO 4

DESAFIOS EPIDEMIOLÓGICOS RELEVANTES NA SAÚDE PÚBLICA DO BRASIL: UM PANORAMA DAS DOENÇAS EMERGENTES

Juliane de Oliveira Costa¹

Anne Milane Formiga Bezerra²

Mona Lisa Lopes dos Santos Caldas³

Elicarlos Marques Nunes⁴

Erta Soraya Ribeiro César Rodrigues⁵

Denisy Dantas Melquiades Azevedo⁶

Rosa Martha Ventura Nunes⁷

Clebson Verissimo da Costa Pereira⁸

INTRODUÇÃO

No Brasil, o combate às principais patologias epidêmicas ocorreu nas primeiras décadas do século XX, liderado pelo médico Oswaldo Cruz, dentre

¹ Enfermeira. Pós-Doutorado em Ciências da Saúde FCMSCSP. Doutorado em Ciências da Saúde FCMSCSP. Especialista em Saúde da Família e Metodologias da Aprendizagem no Ensino Superior (UNIFIP). Docente UNIFIP. Membro do Comitê de Ética (UNIFIP)

² Enfermeira Doutora em Ciências da Saúde pela FSCMSP. Docente da UNIFIP do Curso Bacharelado em Enfermagem.

³ Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Acadêmica de Medicina. monasantos@fiponline.edu.br

⁴ Enfermeiro, Doutor em Ciências da Saúde pela FCMSCSP. Professor Adjunto, Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de Campina Grande. Elicarlos.marques@professor.ufcg.edu.br

⁵ Enfermeira Obstetra. Mestre em Ciências da Saúde UNICSUL –SP

⁶ Mestre em Ciências da Saúde. Especialista em UTI, Urgência e Emergência e Metodologias Ativas para Educação. denisymelquiades@fiponline.edu.br

⁷ Enfermeira graduada pelas Faculdades Integradas de Patos. Mestre em Ciências da Saúde pela UNICSUL. Mestre em UTI pela SOBRATI. Especialista em Saúde Coletiva. Especialista em UTI.

⁸ Mestre em Ciências da Saúde – FCMSCSP. Especialização em Enfermagem em Infectologia Representante da Sociedade Brasileira de Imunizações na Paraíba. Instrutor de Treinamento em Sala de Vacina pelo ISC/UFBA.

seus feitos destacam-se: a vacinação obrigatória para varíola, o combate à febre amarela depois que ele identificou o mosquito como transmissor, criação de brigadas sanitárias para eliminar os focos do inseto, o combate a peste bubônica, estipulando como medidas adotadas a vacinação dos moradores das áreas mais infectadas e o isolamento dos doentes (Marcilio, 2020).

No atual cenário da saúde pública do Brasil, evidencia-se que algumas doenças epidemiológicas continuam a representar desafios intrigantes. Esse capítulo, aponta algumas doenças que ainda são parte de um quadro preocupante no contexto de epidemias, além disso, são discutidas questões pertinentes no tocante a medidas que podem ser aplicadas para viabilizar a redução/contenção de tais doenças no nosso contexto atual.

Destacamos o papel das políticas públicas integradas, através da vigilância epidemiológica, e o acesso a serviços de saúde adequados, como canais eficientes que podem viabilizar estratégias para a diminuição de agravos na saúde pública em razão de tais doenças epidêmicas.

DOENÇAS EPIDEMIOLÓGICAS DE REPERCUSSÃO MUNDIAL PRESENTES NO BRASIL

As epidemias do século XXI são desafiadoras e estão em constate ciclos de mudanças, isso devido aos determinantes sociais como: a transição demográfica que reúne cada vez mais indivíduos em áreas densamente povoadas, as mudanças climáticas, a expansão da malha aérea e as desigualdades sociais que aumentam o risco de epidemias e, conseqüentemente, a forma que a sociedade responde a elas. Diante disso, o principal desafio no combate às epidemias reside no desenvolvimento de estratégias de controle capazes de selecionar a intervenção adequada na escala espacial correta, na área geográfica apropriada e no momento temporal oportuno (Bedford *et al.*, 2019).

De acordo com o Ministério da Saúde (2024) as doenças epidemiológicas no Brasil são aquelas que têm o potencial de se espalhar rapidamente pela população. Alguns exemplos de doenças epidemiológicas no Brasil incluem: Dengue, Zika, Chikungunya, Febre amarela, Tuberculose, HIV/AIDS, COVID-19 entre outras.

No contexto histórico do Brasil, algumas epidemias estão estritamente relacionadas à falta de infraestrutura resultante do crescimento urbano desordenado, e das condições precárias socioambientais de determinadas

populações. No panorama epidemiológico brasileiro, as arboviroses de maior impacto são a Dengue, a Zika, e a Chikungunya; as duas primeiras causadas por vírus pertencentes à família *Flaviviridae*, gênero *Flavivirus*, enquanto o vírus da chikungunya pertence à família *Togaviridae*, gênero *Alphavirus*. Estes arbovírus são transmitidos ao homem através da picada das fêmeas infectadas dos mosquitos *Aedes*, especialmente o *A. aegypti*. Uma maior proliferação das populações desse mosquito favorece a transmissão, o que resulta em um aumento do número de casos, e à ocorrência de implicações e sequelas clínicas cada vez mais graves (Sousa, *et al.*, 2023).

O vírus da febre amarela pertence ao gênero *Flavivirus*, da família *Flaviviridae*. Sua ocorrência representa um importante problema de saúde pública por apresentar alta letalidade e morbidade. O quadro clínico característico abrange febre, náusea, fraqueza, mialgia generalizada, cefaleia e vertigens, com duração média de três dias. Mesmo com o recurso da vacina, é importante que a vigilância epidemiológica esteja atenta no controle dos riscos e determinantes, visto a necessidade de manutenção da erradicação da febre amarela (Vieira, *et al.*, 2020).

A tuberculose pulmonar (TB) está relacionada às condições organizacionais urbanas e de vida da população. Os indicadores socioeconômicos referentes aos baixos níveis de renda e escolaridade pode aumentar a vulnerabilidade à TB, mas essas não são as únicas causas responsáveis pelo desenvolvimento da doença, devendo-se considerar, também, fatores comportamentais individuais, biológicos e sociais. Configura-se em um importante problema mundial de saúde pública, sendo a segunda maior etiologia responsável pelos óbitos por doenças infecciosas, é caracterizada por ser uma doença infecciosa transmitida quase exclusivamente por aerossóis expelidos ao ar por meio da tosse, causada pelo patógeno *Mycobacterium tuberculosis* (Valente *et al.*, 2020; Pontes, 2021).

Estudos indicam que os riscos de infecção têm aumento significativo quando secundários a imunodeficiência por HIV/Aids. No Brasil, a incidência da coinfeção TB/HIV cresceu vertiginosamente. Logo, é importante frisar a importância do diagnóstico precoce de infecção pelo HIV em pessoas com tuberculose e o início oportuno do tratamento antirretroviral para redução das taxas de mortalidade. Dessa forma, o teste para diagnóstico

do HIV deve ser ofertado a toda pessoa com diagnóstico de tuberculose (BRASIL, 2020).

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) é resultado da destruição do sistema imunológico causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) que é um Retrovírus de RNA e possui como alvo os linfócitos T CD4 do sistema imunológico humano, os indivíduos infectados ficam susceptíveis a inúmeras doenças oportunistas. A síndrome ocorre no estágio tardio da infecção por HIV em que os mecanismos de defesa do corpo humano estão deficitários, fazendo com que o indivíduo fique vulnerável a infecções oportunistas (Santos, *et al.*, 2020).

Em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a COVID-19 uma pandemia grave e, desde então, o Brasil lidera entre os países da América Latina o número de casos e óbitos acumulados por essa doença. O alto índice de mortalidade em virtude da pandemia da COVID-19, aponta para dados alarmantes e um cenário preocupante na saúde pública do país (BRASIL, 2023).

O novo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2), pertencente à família dos *coronavírus* é transmitido entre as pessoas, por inalação ou contato com gotículas respiratórias de indivíduo infectado, e o período de incubação da doença varia entre três e quatorze dias. O indivíduo infectado pode dar sinais de: febre, tosse, dor de garganta, falta de ar, fadiga, mal-estar, cansaço, manifestações gastrintestinais, perda do paladar e perda do olfato, além de casos que afetam a visão, memória e causam perda de cabelo. Diante da alta transmissibilidade da COVID-19, constatou-se uma crise sanitária agravada pela ausência de tratamentos específicos, e as vacinas foram apontadas como uma das principais medidas para o combate à doença (Pellegrino, 2020; Couto; Barbieri, Matos, 2021).

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

No Brasil, a lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, denominada de Lei Orgânica da Saúde, institui a vigilância sanitária como um conjunto de ações de prevenção aos riscos à saúde e intervenção nos problemas sanitários do meio ambiente decorrentes das atividades humanas relacionadas direta ou indiretamente com a saúde (BRASIL, 2020).

A vigilância em saúde, por seu caráter abrangente, compreende a vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária. Nesse contexto é responsável

pelo planejamento e execução de ações que objetivam eliminar, controlar, diminuir e prevenir riscos à saúde dos cidadãos. Para tanto, utiliza conhecimentos de diversas áreas como política, planejamento, territorialização, epidemiologia, vulnerabilidade social, condições de trabalho e saúde ambiental (FIOCRUZ, 2021).

O objetivo principal da vigilância epidemiológica é também avaliar a efetividade das intervenções realizadas na área da saúde pública, esses dados uma vez coletados são importantes para orientar políticas públicas e direcionar recursos de forma adequada com aplicação de estratégias destinadas a erradicar, gerir e prevenir os riscos para a saúde de determinadas populações em um contexto crítico. Todavia, a vigilância epidemiológica desempenha um papel essencial na prevenção e controle das doenças transmissíveis. Sendo uma atividade contínua que envolve diferentes profissionais da área da saúde trabalhando em conjunto para garantir a segurança da população (Cabral *et al.*, 2023).

A vigilância epidemiológica funciona como uma importante ferramenta de contenção e monitoramento rápido da disseminação de uma doença, ferramenta essa imprescindível para que as ações de prevenção, intervenção e controle sejam eficazes, porém, existem limitações nos sistemas de vigilância atuais. É necessário que políticas de saúde sejam eficientes e ágeis e apresentem medidas de identificação em tempo hábil de grupos que devem ser priorizados, na ocorrência das doenças, conforme quadro epidemiológico vigente (Medeiros; Quiuli; Silva, 2024).

POLÍTICAS PÚBLICAS E ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE ADEQUADOS PARA REDUÇÃO DE AGRAVOS NO CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO

O papel da gestão pública é assegurar uma melhor distribuição de recursos públicos e investimentos para garantir instituições de saúde como hospitais e UTI com os insumos, recursos humanos e equipamentos organizados, visando um melhor controle em situações que não podem ser totalmente previstas, como por exemplo, o que ocorreu com a pandemia COVID-19 (Nascimento, *et al.*, 2024).

É crucial destacar o papel das políticas públicas que devem ser concebidas e implementadas de forma integrada e multidisciplinar, considerando não apenas o setor da saúde, mas também a educação, o meio ambiente, a infraestrutura e outros campos relevantes, tendo em vista que a

educação é uma valiosa ferramenta para disseminação de informações que podem contribuir de forma direta como medida de evitar a propagação de várias doenças na sociedade (Barboza, *et al.*, 2020).

Nesse contexto as políticas públicas devem investir e incentivar a capacitação dos profissionais de saúde, como uma medida fundamental para garantir devida assistência aos pacientes. Essas ações tornam-se ainda mais indispensáveis se tratando de um cenário de pandemia, uma vez que, devem se capacitar para atuar, visando à orientação dos pacientes na forma correta de evitar contágio da doença e sua disseminação de forma rápida e em grande escala (Schattan, 2023).

A promoção da imunização por meio de programas de vacinação, é uma das estratégias adotadas pelas políticas de saúde pública, tendo em vista que a vacinação em massa tem sido uma ferramenta essencial na erradicação e controle de doenças infecciosas, uma vez que, pode ajudar a reduzir a incidência e a gravidade dos problemas epidemiológicos (Cunha, *et al.*, 2020).

A prevenção e controle de doenças infecciosas, representam um desafio constante em meio às dinâmicas epidemiológicas e sociais, e para superar esses desafios as políticas públicas devem garantir um financiamento adequado para o sistema de saúde, a fim de garantir que os serviços sejam acessíveis e de qualidade para todos os cidadãos. Assim deve-se considerar investimentos em infraestrutura, equipamentos médicos, medicamentos e recursos humanos, buscando garantir uma cobertura universal de saúde, ou seja, que todos tenham acesso igualitário aos serviços necessários (Barbosa, *et al.*, 2024).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reconhece-se que o Brasil ainda enfrenta desafios significativos no controle de doenças epidemiológicas, principalmente, devido à extensão territorial do país, às desigualdades sociais e ao acesso limitado aos serviços de saúde em algumas regiões. Diante da realidade multifacetada que o cenário da saúde pública imprime, evidencia-se que algumas estratégias podem ser consideradas como recurso de enfrentamento para esses diversos desafios.

No contexto da pandemia de COVID-19, por exemplo, a vigilância epidemiológica teve um papel essencial para acompanhar o número de casos confirmados, óbitos e taxas de transmissão do vírus. Essas informações foram

cruciais para embasar as decisões tomadas pelas autoridades sanitárias no combate à doença.

As políticas públicas voltadas ao acesso aos serviços de saúde adequados desempenham um papel essencial na redução dos agravos no contexto epidemiológico. Nessa perspectiva, as políticas públicas de saúde devem ser discutidas em razão do seu importante papel para contribuir com o acesso a serviços de saúde qualificados e efetivos, assim como a adoção de medidas preventivas e promocionais da saúde destaca-se para reduzir a incidência e gravidade das doenças epidemiológicas, além de campanhas educativas sobre hábitos saudáveis, vacinações em massa, qualificação do profissional da saúde e rastreamento precoce que constituem estratégias eficazes quando promovidas.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, T. M. S. et al. Abordagem das políticas públicas de saúde frente à prevenção de doenças infecciosas. **Revista CPAQV - Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, v. 16, n. 1, 2024.

BARBOZA, N.A.S. et al. A história do sus no brasil e a política de saúde. **Braz J Dev**. v.6, n.11, 2020.

BEDFORD, J. et al. A new twenty-first century science for effective epidemic response. **Nature**, v. 575, n. 7781, 2019.

BRASIL Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de HIV/Aids**. Brasília: Ministério da saúde 2020.

BRASIL. **Lei** nº 8.080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Banco de Dados de Síndrome Respiratória Aguda Grave** - incluindo dados da COVID-19. 2024.

CABRAL, M. V. A. et al. Análise dos aspectos gerais e as etapas da revisão de literatura integrativa para profissionais da saúde. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, n. 4, 2023.

COUTO, M. T.; BARBIERI, C. L. A.; MATOS, C. C. S. A. Considerações sobre o impacto da covid-19 na relação indivíduo-sociedade: da hesitação vacinal ao clamor por uma vacina. **Saúde Soc.**, v. 30, n. 1, 2021.

CUNHA, C.M.S.L.M. et al. Public health nursing: regulation and public health policies.

Rev Bras Enferm. v.73, n. 6, 2020.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Pense SUS – vigilância em saúde.** 2021

MARCILIO, M. L. Breve visão sobre as epidemias na história do Brasil. **Revista USP**, n. 127, p. 119–128, 2020.

MEDEIROS, A.C.D. S.; QUIULI, A.C.; SILVA, S.A.D. Estratégias de enfrentamento da covid-19 pela enfermagem no âmbito hospitalar: uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 47, n. 4, 2024.

NASCIMENTO, D. S. et al. Fatores Associados ao óbito por Covid – 19 em adultos e idosos no Brasil: uma revisão. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences.** v. 6, n. 2, 2024.

PELLEGRINO, R. et al. Coronaviruses and the Chemical Senses: Past, Present, and Future. **Chemical Senses**, v. 45, n. 6, 2020.

PONTES, P. A. D. S. DE. Características epidemiológicas dos pacientes internados por tuberculose pulmonar no estado do Rio Grande do Norte no período de 2011-2019. **Trabalho de conclusão de curso** (Graduação em Medicina) UFERSA. 2021.

SANTOS. A. C. F. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes internados por HIV no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 48. 2020.

SCHATTAN, V. et al. Governança e coordenação no SUS: aprendendo com a pandemia de Covid-19. **Novos Estudos - Cebrap**, v. 42, n. 2, 2023.

SOUSA. S. S. et al. Características clínicas e epidemiológicas das arboviroses epidêmicas no Brasil: Dengue, Chikungunya e Zika. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 7, 2023.

VALENTE, B. C.; ANGELO, J. R.; KAWA, H.; BALTAR, V. T. A tuberculose e seus

fatores associados em um município da região metropolitana do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, 2020.

VIEIRA, Y. P. et al. Epidemiological description of yellow fever in Brazil: alert on the expansion of the disease. **Brazilian Journal of Health Review.** v. 3, n. 5, 2020.

CAPÍTULO 5

ZIKA: UMA ARBOVIROSE QUE DESAFIA À SAÚDE PÚBLICA

Juliane de Oliveira Costa¹

Anne Milane Formiga Bezerra²

Ana Paula Dantas da Silva Paulo³

Josué Brito Gondim⁴

Thoyama Nadja Félix de Alencar Lima⁵

Denisy Dantas Melquíades Azevedo⁶

Elicarlos Marques Nunes⁷

Rosa Martha Ventura Nunes⁸

¹Enfermeira. Pós-Doutorado em Ciências da Saúde FCMSCSP. Doutorado em Ciências da Saúde FCMSCSP. Especialista em Saúde da Família e Metodologias da Aprendizagem no Ensino Superior (UNIFIP). Docente UNIFIP. Membro do Comitê de Ética (UNIFIP)

² Enfermeira Doutora em Ciências da Saúde pela FSCMSP. Docente da UNIFIP do Curso Bacharelado em Enfermagem.

³ Enfermeira Auditora. Especialista em Metodologias Ativas para Ensino Superior. Mestre em enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba e Doutora em Ciências da Saúde com Ênfase em Pesquisa, Clínica e Cirurgia pela Faculdade Ciências Médicas Santa Casa de São Paulo. E-mail: ap-dantas@hotmail.com

⁴ Radiologista-UNIFIP. Especialista Radioterapia -FATAP. Mestre em Inovação Terapêutica- UFPE

⁵ Enfermeira Obstetra. Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – FCMSCSP. Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Católica de Santos - UNISANTOS, professora do Centro Universitário de Patos – UNIFIP. Funcionária pública da Fundação Paraibana de Gestão em Saúde – PBSAÚDE

⁶ Mestre em Ciências da Saúde. Especialista em UTI, Urgência e Emergência e Metodologias Ativas para Educação. denisymelquiades@fiponline.edu.br

⁷ Enfermeiro, Doutor em Ciências da Saúde pela FCMSCSP. Professor Adjunto, Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de Campina Grande. Elicarlos.marques@professor.ufcg.edu.br

⁸ Enfermeira graduada pelas Faculdades Integradas de Patos. Mestre em Ciências da Saúde pela UNICSUL. Mestre em UTI pela SOBRATI. Especialista em Saúde Coletiva. Especialista em UTI.

INTRODUÇÃO

Arbovírus compreendem um grupo de vírus transmitidos por insetos artrópodes. A transmissão ocorre pela picada do vetor fêmea em seres susceptíveis que podem realizar um período de viremia, no qual mais vetores estão sujeitos à infecção ao praticarem a hematofagia. Além disso, o vírus pode ser transmitido entre artrópodes durante a cópula ou por via transovariana. Os vírus transmitidos por artrópodes são assim chamados devido à sua associação com artrópodes e seus ciclos reprodutivos ocorrerem em insetos. Atualmente, os Arbovírus que causam doenças em humanos e animais de sangue quente encontram-se distribuídos em 5 famílias: Flaviviridae, Togaviridae, Peribunyaviridae, Reoviridae e Rhabdoviridae (Lima; Soares; Silva Filho, 2022; FIOCRUZ, 2021).

No cenário da saúde pública global, as arboviroses transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti* se destacam como um dos principais desafios. A dengue é a arbovirose urbana de maior relevância nas Américas, e possui como agente etiológico o vírus dengue (DENV), que possui quatro sorotipos. A chikungunya é causada pelo vírus chikungunya (CHIKV), um arbovírus artrítogênico, que apresenta genoma de RNA de fita simples, amplamente distribuído no Brasil. O CHIKV é transmitido pela picada de mosquitos do gênero *Aedes*: *A. aegypti* e *A. albopictus*. Já o vírus Zika (ZIKV), também arbovírus com genoma de RNA de fita simples, apresenta um modo de transmissão mais abrangente, incluindo além da via vetorial por picada do mosquito, a transfusão de sangue, o transplante de órgãos e, inclusive, a transmissão sexual. A infecção por ZIKV pode ser assintomática ou apresentar sintomas como febre, rash cutâneo, conjuntivite e dores musculares (BRASIL, 2022a).

As arboviroses geram custos exorbitantes para o sistema de saúde brasileiro, com internações, perda de produtividade e queda no turismo. O crescimento exponencial nas incidências no país torna

necessário o desenvolvimento de novas estratégias e metodologias que de alguma forma, consiga combater e fornecer controle dessas patologias, além de resguardar o máximo de indivíduos contra possíveis contaminações (Dias, 2020).

No Brasil, as características geográficas, climáticas e sua extensão territorial, vegetação e condições críticas da infraestrutura das residências enfrentada pela maioria da população brasileira são fortes aspectos que contribuintes para o desenvolvimento de alto índice na incidência de Arbovirose, como o caso da Arboviroses do tipo Zika (Prophino, 2022).

O ZIKV foi isolado do sangue de um macaco rhesus sentinela localizado na Floresta Zika de Uganda em 1947. Enquanto na década de 1950, ZIKV foi descoberto pela primeira vez em humanos. Em 2007, pensava-se que esta patologia causava infecções esporádicas. Os povos asiáticos e africanos foram os primeiros humanos a sofrerem da epidemia. Logo após o ano de 2007, infecções virais ocasionadas pelo o Zika Vírus fora dos continentes africano e asiático começaram a ser identificadas. Nas américas, os primeiros relatos em pequena escala estavam centralizados nos Estados Federados da Micronésia, onde resultou em cerca de 5.000 infecções entre uma população total de 6.700 (OPAS,2023).

Em 2015, o Brasil se deparou com um surto inédito de microcefalia, doença que até então apresentava baixos índices no país. O aumento repentino de casos, com causa ainda desconhecida na época, gerou grande comoção social e mobilizou diversos setores da saúde para enfrentar esse novo desafio. O Nordeste foi a região mais afetada, concentrando mais de 62% dos casos de microcefalia e outras malformações congênitas associadas ao vírus Zika entre 2015 e 2019 (BRASIL, 2022b).

O vírus Zika é uma patologia caracterizada por uma doença febril aguda, autolimitada e de curta duração (3-7 dias). Assim como o vírus da dengue, o vírus Zika também é membro do gênero Arbovírus. Flavivírus. O Zika é conhecido mundialmente por causar alterações e

deforquidades. O vírus da Zika foi relatado pela primeira vez nas Américas em março de 2015, quando ocorreu um surto de uma doença exantemática na Bahia, Brasil. O primeiro caso de morte fetal durante a gravidez foi relatado no Brasil após o encerramento da copa do mundo (Santana; Lima; Fortuna, 2021; Santos *et al.*, 2020).

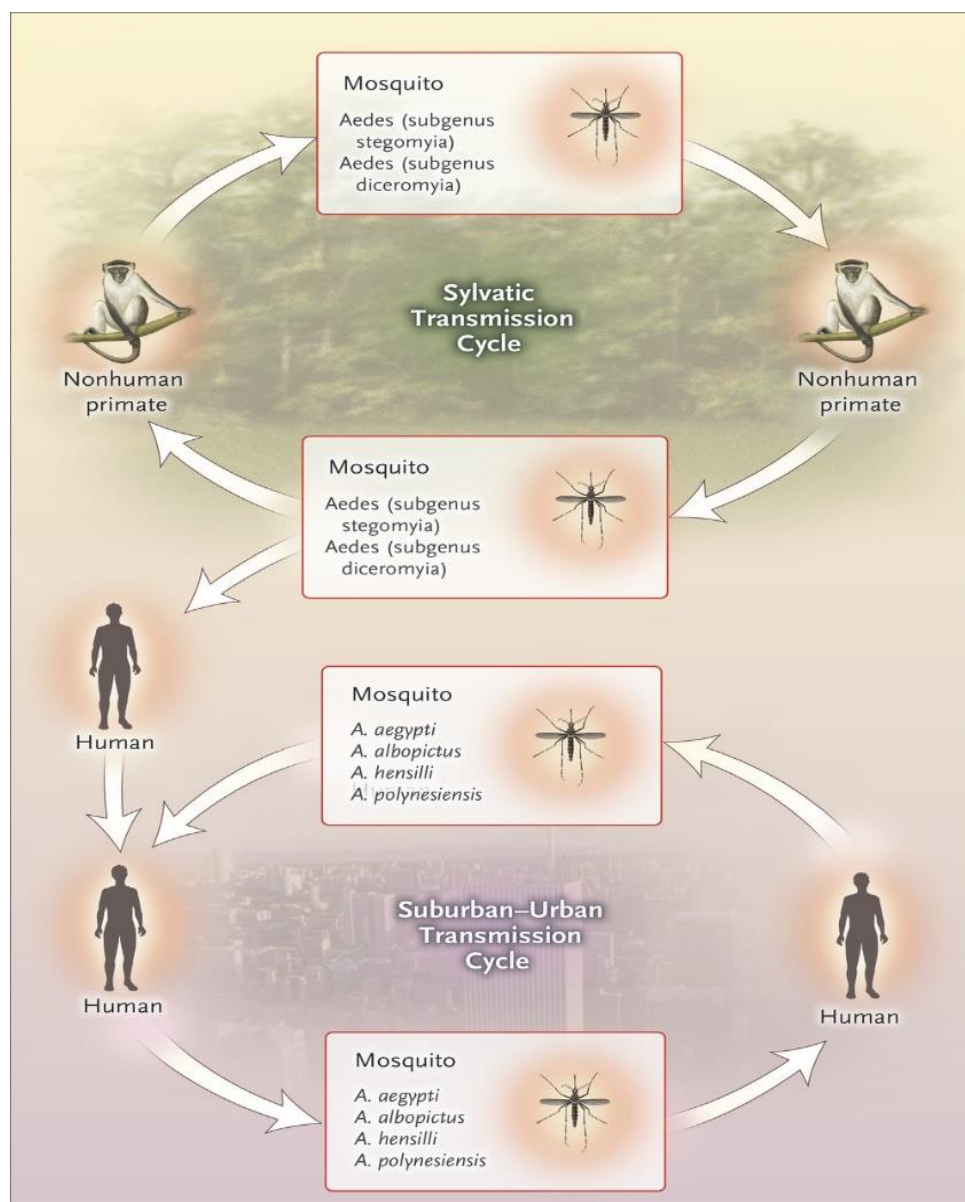
TRANSMISSÃO DO ZIKA VÍRUS

A transmissão do ZIKAV é distribuída em três formatos: vetorial, sexual e vertical. Porém, alguns novos pontos de métodos de contágio vem sendo analisados, tais como: por transfusão de hemoderivados, transplante de órgãos e saliva. Tais métodos de transmissões podem se encontrados em países onde casos de infecção pela a febre Zika é quase que esporádica. Além disso, pessoas que entram em contato com o vírus de forma esporádica (quando sua região de morada não há relatos epidêmicos da febre) geralmente são viajantes que ficaram infectados e acabam voltado ao seu país de origem fazendo assim, o transporte do vírus (Dutra; Pont, 2023).

TRANSMISSÃO VETORIAL DO ZIKA VÍRUS

Na África, o vírus Zika é baseado em um ciclo de transmissão silvestre onde irá envolver primatas não humanos e espécies de mosquitos *Aedes* que vivem nas florestas. (Petersen, *et al*, 2016). (Figura 01)

Figura 01: Ciclo de Transmissão Vetorial do Zika



O vírus da Zika é transmitido pelos mosquitos fêmeas infectadas, artrópodes do gênero *Aedes*, especialmente de espécies como *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*, (Figura 02) que são considerados os principais vetores em ambientes urbanos (Gibb *et al.*, 2020). Este tipo de mosquito é bastante difundido no Brasil, devido à sua localização favorável, como a mata atlântica, e sua vasta preservação centralizada em grandes metrópoles do nosso país como Recife, Fortaleza e Salvador, tornando-se um local propício para a reprodução (Reis *et al.*, 2019).

Figura 02: Aedes aegypti e Aedes albopictus



Fonte: FioCruz, 2016

A *aegypti* e a *albopictus* atacam, principalmente, durante o dia e estão amplamente distribuídos pelo mundo tropical e subtropical. A *A. albopictus* pode ser encontrada em áreas mais amenas do que a *A. aegypti*, o que aumenta o alcance potencial de áreas onde podem ocorrer surtos. A *aegypti* é endêmica em Porto Rico e nas Ilhas Virgens dos Estados Unidos, bem como em áreas próximas aos Estados Unidos e do Havaí. O *A. albopictus* está amplamente distribuído nos Estados Unidos e Havaí. No entanto, nos Estados Unidos vizinhos, os últimos surtos de dengue, que têm um ciclo de transmissão semelhante ao do vírus Zika, ocorreram apenas em áreas onde o *A. aegypti* é endêmico, o que sugere que o potencial de transmissão do vírus Zika em outros lugares é limitado. No entanto, o Havaí teve surtos recentes de dengue, nos quais *A. albopictus* foi o vetor. (Petersen, *et al*, 2016).

Figura 02: Ciclo de transmissão Vetorial



Fonte: Sinan, 2020

TRANSMISSÃO SEXUAL

O primeiro relato conhecido de transmissão sexual do ZIKAV ocorreu no País dos Estados Unidos, no qual um pesquisador que teria feito uma viagem para o Senegal, ao voltar da sua visitação vinha portando o vírus e transmitiu para sua companheira. Após este ocorrido, outros problemas começaram a ser relatados, maiormente de transmissão entre homens e mulheres, após um surto da doença em 2016 (Giraldo; Gonzalez; Rajsbaum, 2023).

Estudos indicam que indivíduos o qual visitaram países endêmicos podem ter transmitido o vírus para seus parceiros, como ocorreu em 2014, quando um italiano viajou para a Tailândia e possivelmente transmitiu para sua namorada. Além disso, um homem Francês que adquiriu o vírus no Brasil também pode ter transmitido para uma mulher Parisiense (Duarte *et al.*, 2021).

Em parceria de ideias, alguns estudos afirmam que a excreção do vírus no sêmen pode ocorrer por um período considerado longo, sendo distribuídos esses dias em: 62 dias após a doença dar início; 80 dias e até 141 dias, sendo o último o de maior duração já descrito no sangue ou urina fornecendo a ideia de uma transmissão sexual durante meses após a resolução sintomática da doença (Dutra; Pont, 2023).

O vírus em homens assíduos pode ser detectado por mais de seis meses. No entanto, o RNA do vírus sem nível significativos se limitava às primeiras semanas após o início da doença. Outro dado relevante do estudo é que, em média, foram detectados níveis mais elevados de RNA do vírus em homens com 50 anos de idade do que aqueles com 30 anos, em comparação com aqueles que relataram ter conjuntivite no início da doença; 27 dias a mais, em homens que não relataram dor nas articulações; e, 21 dias a mais, em homens que ejaculavam uma vez por semana em comparação aos que ejaculavam quatro dias por semana (Dutra; Pont, 2023).

De acordo com Duarte *et al.*, (2021), o vírus ainda foi detectado no sistema genital feminino, mesmo após não ser mais encontrado em amostras de sangue e urina. Isso se reflete na transmissão sexual, além da transmissão vertical da mãe para o feto.

TRANSMISSÃO VERTICAL

O ZIKV infecta as células trofoblásticas e endoteliais da placenta, criando uma ponte para o vírus invadir o corpo do feto. Essa carga viral elevada causa danos devastadores às células fetais, podendo levar a malformações congênitas, como a microcefalia, uma condição que impede o desenvolvimento normal do crânio (Santos, 2022).

Estudos revelaram que o vírus pode se esconder na placenta por até 12 horas após a infecção, sugerindo que esse órgão crucial pode atuar como um escudo temporário contra a invasão viral. Além disso, o ZIKV foi detectado na região perinuclear de células do estroma das vilosidades coriônicas, estruturas que conectam a placenta ao feto (Molás *et al.*, 2020).

TRANSMISSÃO POR TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TRANSFUÇÃO DE SANGUE

Em um cenário já desafiador, a luta contra o Zika Vírus se intensifica com a confirmação da transmissão do vírus por transplante de órgãos no Brasil. Pacientes que receberam transplantes renais e hepáticos tiveram o diagnóstico positivo para o Zika Vírus através de análises moleculares, lançando luz sobre um novo e preocupante modo de disseminação da doença (Oliveira *et al.*, 2022).

A detecção do Zika Vírus em doadores de sangue assintomáticos amplia ainda mais a apreensão. A possibilidade de transmissão do vírus por sangue e seus derivados coloca os bancos de sangue em alerta máximo, exigindo medidas rigorosas para minimizar o risco de contágio para os receptores de transfusões.

Evidências adicionais apontam para a transmissão do Zika Vírus por meio de transfusão de plaquetas, ampliando ainda mais as vias de

disseminação e dificultando o controle da doença. Essa nova realidade exige um esforço conjunto e incansável para proteger a saúde pública.

IMUNOGLOBULINA NEUTRALIZANTE

As imunoglobulinas são divididas em cinco classes distintas, tendo como critério de diferenciação a sequência dos seus aminoácidos existem nas cadeias pesadas. As Igs são: IgG, IgM, IgA, IgD e IgE.

Os anticorpos neutralizantes são um componente crítico da imunidade protetora. Estudos demonstram que a IgM plasmática contribui para a imunidade ao ZIKV na gravidez, mediando a neutralização até 3 meses após os sintomas. Observou-se um papel para os anticorpos do isotipo IgM na proteção contra o ZIKV e postulase que o DH1017.IgM possui potencial imunoterapêutico seguro e eficaz, particularmente durante a gravidez (Singh *et al.*,2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O combate às arboviroses exige medidas conjuntas e persistentes. O controle do mosquito *Aedes aegypti* é fundamental, através da eliminação de seus criadouros e ações de educação em saúde para conscientizar a população sobre a importância da prevenção.

É crucial que governos, profissionais de saúde e a comunidade trabalhem em conjunto para combater as arboviroses e proteger a saúde pública. Através de medidas eficazes de prevenção e controle, podemos minimizar a disseminação do Zika Virus, bem como das demais arboviroses e garantir o bem-estar da população.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Diretrizes para a organização dos serviços de atenção à saúde em situação de aumento de casos ou de epidemia por arboviroses**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a.
- BRASIL. **Guia de Vigilância em Saúde**. 5. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b.

DUTRA, J. D. R.; PONT, H.D. Zika vírus e suas formas de transmissão: uma revisão integrativa. **Inova Saúde**, v. 13, n. 2, 2023.

DIAS, I. K. R. et al. Ações educativas de enfrentamento ao Aedes Aegypti: revisão integrativa. **Ciência Saúde coletiva**, 2020.

DUARTE, G. et al. **Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo vírus Zika**. Consenso Epidemiol. Serv. Saúde. 2021

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz, Mato Grosso do Sul. **Programa Educacional em Vigilância e Cuidado em Saúde no Enfrentamento da COVID-19 e de outras doenças virais**. Campo Grande: Fundação Oswaldo Cruz, 2021

GIBB, R. et al. Zoonotic host diversity increases in human-dominated ecosystems. **Nature**, v. 584, n. 7821, 2020

GIRALDO, Maria I.; GONZALEZ-OROZCO, Maria; RAJSBAUM, Ricardo. Pathogenesis of Zika virus infection. **Annual Review of Pathology: Mechanisms of Disease**, v. 18, 2023

KDIMATI, S.; MULLINS, C. S.; LINNEBACHER, M. Cancer-cell-derived igg 56 and its potential role in tumor development. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 27, n. 22, 2021.

LIMA,L.R. ;SOARES, L.O.L.;SILVA FILHO, P.S.P, Arboviroses. Teresina: **SCISAUDE**, 2022.

MOLÁS, R. B. et al. The involvement of annexin A1 in human placental response to maternal Zika virus infection. **Antiviral Res.** v.179, 2020.

OLIVEIRA, F. N. de. **Avaliação de arboviroses (Dengue, Zika vírus e Chikungunya) em doadores e receptores de transplante de células-tronco hematopoiéticas do HC-FMUSP**. 2022. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

OPAS. **Pan American Health Organization**. Zika. 2023.

PETERSEN, Lyle R. et al. Zika virus. **New England Journal of Medicine**, v. 374, n. 16, p. 1552-1563, 2016.

PROPHINO, S. J. Arboviroses e Mudanças Climáticas. **Revista: ‘Gestão e Sustentabilidade Ambiental**, v. 11, n. 1, p. 1-2, 2022

SANTOS, G.P.G. *et al.* Efeitos no desenvolvimento de crianças expostas ao vírus zika no período fetal: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm.**

2020

SANTOS, J. C. **Infecção placentária pelo Zika Vírus: investigação da ação der produtos naturais com atividade antiviral.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Alagoas, 2022.

SINGH, T. *et al.* A zika virus-specific IgM elicited in pregnancy exhibits ultrapotent neutralization. **Cell.** v. 185, n. 25, 2022.

CAPÍTULO 6

MANEJO E IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DO PACIENTE COM DENGUE

Juliane de Oliveira Costa¹

Anne Milane Formiga Bezerra²

Erta Soraya Ribeiro César³

Juliana de Carvalho Gomes⁴

Elicarlos Marques Nunes⁵

Érica Surama Ribeiro César Alves⁶

Denisy Dantas Melquiades Azevedo⁷

Rosa Martha Ventura Nunes⁸

INTRODUÇÃO

O *Aedes aegypti* é o principal vetor de transmissão do vírus da dengue, doença infecciosa que acomete milhões de pessoas todo ano, mudanças climáticas, falta de uma urbanização adequada com saneamento básico e desinformação da população, são considerados

¹ Enfermeira. Pós-Doutorado em Ciências da Saúde FCMSCSP. Doutorado em Ciências da Saúde FCMSCSP. Especialista em Saúde da Família e Metodologias da Aprendizagem no Ensino Superior (UNIFIP). Docente UNIFIP. Membro do Comitê de Ética (UNIFIP)

² Enfermeira Doutora em Ciências da Saúde pela FSCMSP. Docente da UNIFIP do Curso Bacharelado em Enfermagem.

³ Enfermeira Obstetra. Mestre em Ciências da Saúde UNICSUL –SP

⁴ Especialista em Saúde da Família Cuidado Pré Natal e Obstetria. julianac.gomes83@gmail.com

⁵ Enfermeiro, Doutor em Ciências da Saúde pela FCMSCSP. Professor Adjunto, Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de Campina Grande. Elicarlos.marques@professor.ufcg.edu.br

⁶ Mestre ciências da saúde. UNICSUL. Docente UNIFIP

⁷ Mestre em Ciências da Saúde. Especialista em UTI, Urgência e Emergência e Metodologias Ativas para Educação. denisymelquiades@fiponline.edu.br

⁸ Enfermeira graduada pelas Faculdades Integradas de Patos. Mestre em Ciências da Saúde pela UNICSUL. Mestre em UTI pela SOBRATI. Especialista em Saúde Coletiva. Especialista em UTI.

fatores que contribuem com a disseminação de doenças infecciosas humanas transmitidas por vetores, como a dengue (Leal *et al.*,2022).

A disseminação de informações sobre as formas de proliferação do mosquito é uma medida assertiva que pode intensificar os resultados de combate a propagação epidemiológica do vírus, orientar os cuidados, é considerada uma ação de impactos relevantes na redução dos casos e conseqüentemente da gravidade da doença (Andrioli; Lutinski; Busato, 2023).

O diagnóstico da dengue é feito com base nos sintomas, sinais de alarme e exames de sangue, o diagnóstico clínico é um grande desafio, uma vez que os sintomas podem variar, no entanto, a suspeita adequada e precoce do paciente com dengue pode resultar em um diagnóstico precoce e isso pode ser essencial para a preservação da vida. O monitoramento de sintomas diante de uma suspeita eminente, pode garantir um tratamento mais oportuno para que o paciente de dengue tenha um quadro de recuperação mais ágil e menos danos ou agravamento em seu estado de saúde (Raafat; Blacksell; Maude, 2019).

O Ministério da Saúde (2024), alerta sobre a importância do reconhecimento dos sinais de alarme da dengue, uma vez que esses sinais norteiam os profissionais de saúde no momento da triagem, para um monitoramento minucioso da evolução clínica nos casos em que a hospitalização se faz necessária. Nesse contexto, discutimos nesse capítulo os sintomas e sinais de agravamentos, como uma estratégia importante para evitar complicações adversas e futuras em decorrência de agravamentos de casos.

DENGUE: SINTOMAS E AGRAVANTES

A dengue é uma doença que tem a sua transmissão a partir momento em que o vetor pica um ser humano infectado por um dos quatro sorotipos DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4. O mosquito vetor passa a disseminar o vírus depois de 8 a 12 dias de incubação, outra forma seria através de sangue contaminado por transfusão de sangue (Barros *et al.*, 2021).

O diagnóstico clínico do paciente pode variar de acordo com os sintomas e queixas apresentadas, é uma doença de caráter evolutivo agudo, e os casos podem variar de assintomáticos até a forma grave, colocando o portador da doença em risco. As formas mais graves da doença podem ser explicadas pelo fato que alguns vírus possuem fatores de virulência maiores, a virulência é a capacidade de um patógeno de causar doença. Um patógeno com alta virulência é capaz de causar uma doença mais grave e disseminar-se mais facilmente (Rodrigues; Cangirana, 2020).

O indivíduo infectado pode apresentar algumas alterações no hemograma como: leucopenia, presença de linfócitos atípicos e plaquetopenia. A presença de linfócitos atípicos se dá em função da ação dos linfócitos T CD4, T CD8 e macrófagos sobre as células infectadas (Urrea; Martins, 2022).

De acordo com o Ministério da Saúde (2024), sintomas como náuseas e vômitos podem estar presentes, assim como a diarreia, dor muscular e articular, dor nos olhos, fadiga, cansaço extremo e falta de energia. Outro ponto que se destaca é o fato que doenças crônicas como diabetes, hipertensão arterial, doenças cardíacas, doenças pulmonares crônicas, doenças renais crônicas, doenças autoimunes, hematológicas e obesidade são considerados agravantes na piora dos sintomas e quadro evolutivo.

Estudo realizado por Oliveira *et al.*, (2020), demonstrou que em um possível quadro de agravamentos dos sintomas e evolução da doença, os idosos que por sua vez apresentam um sistema imunológico mais frágil e comprometido pela idade, estão conseqüentemente, em maior risco de infecção secundária e, portanto, com riscos de agravantes. Além disso, foi visto uma forte relação entre comorbidades e óbitos relacionados à dengue, apontando a hipertensão como uma das comorbidades mais frequente em casos críticos de pessoas infectadas.

Tendo em vista as complicações que podem surgir em decorrências de comorbidades, se faz necessário que pacientes hipertensos estejam monitorados cuidadosamente em relação a piora

dos sintomas, visto que esses pacientes podem desenvolver sinais de choque, com níveis pressóricos mais elevados. Nesses casos, atentar para outros sinais de gravidade, a exemplo da redução da perfusão periférica e oligúria, se faz necessário a fim de tentar estabilizar o mais rápido possível o quadro de agravamento (Brasil, 2024).

O ensaio imunoenzimático para captura de IgM (MAC-ELISA) pode ser utilizado para o diagnóstico sorológico da dengue. Quando o MAC-ELISA é combinado com o teste de amplificação do RNA do vírus da dengue há possibilidade de um diagnóstico entre 1 e 7 dias da doença (BRASIL, 2024).

Já o teste de neutralização por redução de placas (PRNT) é específico e sensível. Títulos nas amostras de soro das fases aguda e convalescente podem estabelecer de forma confiável a infecção pelo vírus da dengue e podem indicar o tipo de vírus específico envolvido. Porém o PRNT requer vírus vivos da dengue para o teste e seu custeio ainda é caro (Yuill, 2023).

TRATAMENTO OPORTUNO E A PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES GRAVES

Em muitos casos de dengue os indivíduos apresentam apenas sintomas semelhantes a uma síndrome gripal leve, e mais de 80% dos casos são assintomáticos. Não há tratamento específico para a dengue, no entanto, a detecção oportuna e o manejo adequado dos casos podem ser considerados medidas essenciais para prevenir a gravidade e a letalidade da dengue. É visto que a evolução com gravidade depende de fatores próprios do sujeito tais como: idade, obesidade, doenças crônicas com destaque para hipertensão e a diabetes, gestação ou crianças menores de dois anos (WHO, 2023).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2019), para identificar possibilidade de agravamento nesses pacientes, é preciso monitorar com atenção quando a febre desaparece, o que precede o aparecimento dos sinais de alarme. Constituem sinais de alarme: dor

abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, acúmulo de líquidos, hipotensão postural e/ou lipotímia, hepatomegalia maior do que 2 cm abaixo do rebordo costal, letargia e/ou irritabilidade, sangramento de mucosa e aumento progressivo do hematócrito.

O Ministério da Saúde (2024), subdividiu esse monitoramento para acompanhar possíveis sinais de alarme em quatro grupos de classificação sendo eles:

Grupo A: Paciente que apresenta febre por até 7 dias, acompanhada de, pelo menos, dois sinais e sintomas inespecíficos (cefaleia, prostração, dor retro orbitária, exantema, mialgias, artralguas) e história de epidemiologia compatível. Prova do laço negativa e ausência de manifestações hemorrágicas espontâneas.

GRUPO B: Febre por até 7 dias, acompanhada de, pelo menos, dois sinais e sintomas inespecíficos (cefaleia, prostração, dor retro orbitária, exantema, mialgias, artralguas) e história de epidemiologia compatível. Devendo redobrar atenção em casos em que o paciente seja hipertenso, diabético ou obeso. Prova do laço positiva ou manifestações hemorrágicas espontâneas, sem repercussão hemodinâmica.

GRUPO C: Febre por até 7 dias, acompanhada de, pelo menos, dois sinais e sintomas inespecíficos (cefaleia, prostração, dor retro orbitária, exantema, mialgias, artralguas) e história de epidemiologia compatível. Presença de algum sinal de alarme (que caracteriza o Grupo C) com ou sem manifestações hemorrágicas.

GRUPO D: Febre por até 7 dias, acompanhada de, pelo menos, dois sinais e sintomas inespecíficos (cefaleia, prostração, dor retro orbitária, exantema, mialgias, artralguas) e história de epidemiologia compatível. Presença de sinais de choque.

A classificação do grupo em que o paciente pode pertencer deve ser feito sempre que ele procurar o hospital, assim como a prova do laço, deve ser realizada em cada consulta que o paciente comparecer. A prova do laço é realizada aplicando-se pressão (média entre a pressão sistólica e a diastólica) no membro superior do paciente, por 15 minutos. O número de petéquias que se forma dentro de um círculo de

2,5 cm de diâmetro é contado; o aparecimento de > 20 petéquias sugere fragilidade capilar (Yuill, 2023).

Embora não se tenha um tratamento específico para a dengue, e apenas paliativos que aliviam os sintomas, recomenda-se a hidratação e o repouso como parte do tratamento inespecífico para a dengue. A conduta adequada pelo profissional da saúde com o paciente, depende do reconhecimento precoce dos sinais de alarme e do contínuo monitoramento laboratorial e clínico (Brasil, 2023).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dengue é uma doença viral que pode ser grave, especialmente, em pessoas com comorbidades. Foi visto com esse estudo que a suspeita, adequada e precoce do paciente com dengue é crucial para o manejo eficaz da doença e a prevenção de complicações graves.

Além disso, o monitoramento contínuo e apropriado da evolução dos sintomas pode ajudar em um tratamento precoce com medidas de suporte (hidratação, repouso) e controle dos sintomas (febre, dor). Essas medidas são consideradas essenciais para evitar complicações, uma vez que, essa detecção precoce permite iniciar o tratamento o mais rápido possível, aumentando as chances de recuperação completa.

As principais complicações podem culminar na dengue hemorrágica e síndrome do choque da dengue, que podem ser fatais. Porém, quando monitorados os sinais, a detecção precoce permite identificar pacientes com maior risco de complicações e instituir medidas de monitoramento, e tratamento mais rigorosas, e isso pode reduzir significativamente o risco de desfechos graves.

Vale salientar também que a detecção precoce de casos de dengue contribui para a vigilância epidemiológica da doença, isso permite monitorar a incidência da dengue e identificar áreas com maior risco de surtos. As informações coletadas podem ser utilizadas para direcionar ações de prevenção e controle da doença. Em resumo, a suspeita adequada e precoce do paciente com dengue é fundamental para o

manejo eficaz da doença, a prevenção de complicações, a redução da transmissão e a promoção da saúde pública.

REFERÊNCIAS

ANDRIOLI, D.C.; LUTINSKI, J.A.; BUSATO, M.A. Ações de enfrentamento à epidemia da Dengue em um município catarinense. **Contribuciones a Las Ciencias Sociales**. v.16, n.7, 2023

BARROS, A.J. *et al.* Uma revisão sobre o vírus da dengue e seus vetores. **Research, Society and Development**, v. 10, n.10, 2021

BRASIL. **Guia de vigilância em saúde**: volume 1. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico adulto e criança**. 6. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2024.

LEAL, N. Conhecimento dos enfermeiros sobre acolhimento dos casos suspeitos de dengue. **Rev Recien**. v. 12, n.37,2022.

OLIVEIRA, M.A.C.A. et al. Análise de uma Epidemia de Dengue: a Triagem como Instrumento de Redução de Danos. **R bras ci Saúde**. v. 24, n. 3, 2020.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Dengue. 2019.

RAAFAT, N.; BLACKSELL, S.D.; MAUDE, R.J. A review of dengue diagnostics and implications for surveillance and control. **Trans R Soc Trop Med Hyg**. 2019.

RODRIGUES, G.M.; CANGIRANA, J. F. Diferenças entre dengue clássica e hemorrágica e suas respectivas medidas profiláticas. **Rev. Liberum Accessum**. v. 1, n. 2, 2020.

URREA, L.A.; MARTINS, P.R. Dengue: aspectos gerais e diagnósticos. **Revista Conexão Saúde FIB**. v. 5, 2022.

WHO. World Health Organization. **Global report on neglected tropical diseases 2023**. Geneva: World Health Organization, 2023.

YUILL, T.M. Manual MSD. Dengue. 2023.

CAPÍTULO 7

HEPATITES VIRAIS: SAZONALIDADE DA DOENÇA E PREVENÇÃO

Juliane de Oliveira Costa¹

Anne Milane Formiga Bezerra²

Ana Paula Dantas da Silva Paulo³

Juliana de Carvalho Gomes⁴

Letícia de Sousa Eduardo⁵

Denisy Dantas Melquiades Azevedo⁶

Rosa Martha Ventura Nunes⁷

INTRODUÇÃO

As hepatites virais, especialmente as causadas pelos vírus B e C (HBV e HCV), representam um problema de saúde pública de grande magnitude em todo o mundo. Estima-se que, anualmente, 1,4 milhão de pessoas perdem suas vidas devido a complicações relacionadas a essas infecções (OMS, 2023).

¹ Enfermeira. Pós-Doutorado em Ciências da Saúde FCMSCSP. Doutorado em Ciências da Saúde FCMSCSP. Especialista em Saúde da Família e Metodologias da Aprendizagem no Ensino Superior (UNIFIP). Docente UNIFIP. Membro do Comitê de Ética (UNIFIP)

² Enfermeira Doutora em Ciências da Saúde pela FSCMSp. Docente da UNIFIP do Curso Bacharelado em Enfermagem.

³ Enfermeira Auditora. Especialista em Metodologias Ativas para Ensino Superior. Mestre em enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba e Doutora em Ciências da Saúde com Ênfase em Pesquisa, Clínica e Cirurgia pela Faculdade Ciências Médicas Santa Casa de São Paulo. E-mail: ap-dantas@hotmail.com

⁴ Especialista em Saúde da Família Cuidado Pré Natal e Obstetrícia.

julianac.gomes83@gmail.com

⁵ Enfermeira pela UFCG. Residente em Atenção Primária à Saúde pela UNIFIP. leticialivesousa@gmail.com

⁶ Mestre em Ciências da Saúde. Especialista em UTI, Urgência e Emergência e Metodologias Ativas para Educação. denisymelquiades@fiponline.edu.br

⁷ Enfermeira graduada pelas Faculdades Integradas de Patos. Mestre em Ciências da Saúde pela UNICSUL. Mestre em UTI pela SOBRATI. Especialista em Saúde Coletiva. Especialista em UTI.

No Brasil, dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) entre 2000 e 2021 revelam a magnitude do problema: 718.651 casos confirmados de hepatites virais. Entre as hepatites virais, a hepatite C se destaca como a principal causa de morte no país (BRASIL, 2022a).

Entretanto, evidenciou-se uma queda abrupta da incidência em 2020, que passou para 7,47, devido a uma subnotificação voluntária dos casos, decorrente da pandemia de COVID-19 (Matos; Zolner, 2022).

Nas últimas décadas, o Brasil vivenciou um progresso significativo na prevenção e controle das hepatites virais. Barreiras que antes dificultavam o manejo da doença estão sendo superadas: a cobertura vacinal da hepatite B tornou-se mais ampla, verificam-se melhorias do saneamento básico, higiene e as novas técnicas moleculares de diagnóstico do vírus da hepatite C, entretanto esse processo ainda está em desenvolvimento e requer um olhar cauteloso por se tratar de um problema de saúde pública, visto que nem toda população ainda tem acesso adequado a saneamento básico e higiene adequada (Barata *et al.*, 2023).

As Hepatites Virais A e E são propagadas através da via fecal-oral e as mesmas estão relacionadas às condições de saneamento básico, higiene pessoal, qualidade da água e dos alimentos. Entretanto os outros 3 tipos B, C e D são transmitidos pelo sangue contaminado por (via parenteral, percutânea e vertical), esperma e secreção vaginal (via sexual), objetos contaminados e de mãe para filho (vertical) (BRASIL, 2022a).

No caso das hepatites do tipo B e C, estas se constituem relevantes problemas de saúde pública em todo o mundo, pois, aproximadamente 720 milhões de indivíduos no mundo podem estar infectados pelo vírus da hepatite B (VHB) e/ou vírus da hepatite C (VHC), apresentando um índice de mortalidade de aproximadamente 25%. No Brasil, estima-se que a prevalência média seja em torno de 8%

de infectados por VHB e 2% pelo VHC, nos dias atuais (Pimenta, 2017; Gonçalves *et al.*, 2019).

Embora apresentando diferenças quanto ao tipo de genoma viral, estrutura molecular e classificação taxonômica, estes cinco agentes etiológicos têm o fígado como alvo primário e causam um processo necroinflamatório característico: a "hepatite". Náusea, vômitos, mal-estar, dor-de-cabeça, e perda do apetite são os sintomas mais frequentes na fase inicial da doença, Colúria (urina escura) e acolia (fezes esbranquiçadas) antecedem a fase icterícia (pele e olhos amarelados) que, em geral, coincide com alteração das provas de função hepática (FIOCRUZ, 2022).

OS VÍRUS DA HEPATITE

Hepatite A

É uma infecção causada por o vírus RNA (picomavirus), sua transmissão é por via fecal-oral (por contato inter-humano ou por água contaminada), já a sexual pode ocorrer com a prática oral-anal e dígito-anal-oral, sua disseminação está relacionado ao nível socioeconômico como as condições de saneamento básico, ao grau de educação sanitária e condições higiênicas. Tem incidência pouco conhecida, devido à maioria das infecções serem oligossintomáticas ou assintomáticas. É mais frequente de forma aguda (esporádica, surtos e sem icterícia), seu diagnóstico através de anticorpos e não de antígeno viral, devido ao curto período de viremia do antígeno no soro, não evolui para cronificação, nos sintomáticos suas manifestações: colúria, hipocolia fecal e icterícia de acordo com o aumento da faixa etária (BRASIL, 2022b). A proteção adequada para esse tipo de vírus são as medidas higiênicas corporais e alimentar, assim como também saneamento básico adequado, ressaltando a vacinação que abrange uma parte específica.

Hepatite B

O vírus da Hepatite B possui alta infectividade, uma única partícula viral é capaz de infectar o ser humano, ao contrário dos vírus

A e E, o vírus B permanecer no organismo por seis meses. A transmissão pode ocorrer, sobretudo pela via sexual (moderados títulos virais no sêmen e secreção vaginal), parenteral (sangue, exsudato e saliva) e transmissão vertical, por meio de acidentes com material biológico e exposições percutâneas (Santana, 2017). Segundo o Ministério da Saúde pessoas adultas infectadas com o HBV, 90 a 95% se curam; 5 a 10% permanecem com o vírus por mais de seis meses, evoluindo para a forma crônica da doença. A prevenção da doença é realizada pela vacinação, que a partir da década de 1990 passou a ser oferecida gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ela consiste em três doses, sendo a primeira aplicada nas primeiras 12-24h de vida (Santana, 2017).

Nesse caso a imunização é a forma mais eficiente para que não haja contaminação, principalmente dos grupos que estão mais expostos como os profissionais de saúde. Orientando aos trabalhadores em situação de risco a fazerem o uso de epi's e que os mesmos sejam conscientes de que essas medidas cautelosas são necessárias para efetivação de bons resultados. A desenvoltura de práticas profilática e terapêutica seria uma pratica ideal para que houvesse a erradicação total do VHB.

O diagnóstico é feito por meio da detecção dos marcadores presentes no sangue total, soro, plasma ou fluido oral do indivíduo infectado, através de imunoenaios, e/ou na detecção do genoma viral, empregando técnicas de biologia molecular. O avanço tecnológico permitiu o desenvolvimento de novas técnicas de diagnóstico, dentre eles os testes rápidos(TR), que são de fácil utilização e que necessitam de pouca infraestrutura laboratorial para sua execução, gerando resultados em poucos minutos (BRASIL, 2022b)

Hepatite C

A hepatite C além ser uma doença infecciosa e contagiosa, representa um grave problema de saúde publica. Seu modo de transmissão é pelo o contato direto, percutâneo ou através do sangue

contaminado (via parenteral), sexual e congênita que são em menor relevância. Sendo de difícil diagnóstico tendo em vista que frequentemente é assintomática, pois na fase aguda tem um quadro parecido com as demais hepatites, enquanto a crônica acomete quando a reação inflamatória persiste por seis meses (caso agudo) com manifestações como fadiga, mal-estar geral e sintomas digestivos (OMS, 2023).

Não existe uma vacinação para esse tipo de vírus, contudo há medidas primárias e secundárias para evitar a disseminação e interrupção deste processo e que o profissional de saúde pode desenvolver com a população. É importante que se estimule o uso de preservativos e preste total assistência ao indivíduo já contaminado, para que não se tenha danos maiores a sua saúde.

Hepatite D

Doença infecciosa viral, contagiosa, causada pelo vírus da hepatite delta ou HDV (é um vírus RNA, que precisa do vírus B para que ocorra a infecção), podendo apresentar-se como uma infecção assintomática ou sintomática e, nesses casos, até mesmo com formas graves de hepatite (BRASIL, 2022b).

A melhor maneira de interceder nesses casos é diminuindo a incidência do vírus B, quebrando o elo de transmissão de ambas, pois o vírus D só reage na presença do B, assim quando as medidas protetivas adotadas no HVB são realizadas conseqüentemente a população estará protegida de duas formas de contaminação.

Hepatite E

É uma doença contagiosa e infecciosa de distribuição mundial. Estima-se que ocorram 20 milhões de infecções por hepatite E, com 3,3 milhões de casos agudos, com uma estimativa de 56.000 mortes por ano (OMS, 2023).

Semelhante a VHA, as medidas de prevenção através de boas práticas de higiene e de manipulação de alimentos; melhores condições de saneamento básico, descarte adequado de resíduos sanitários.

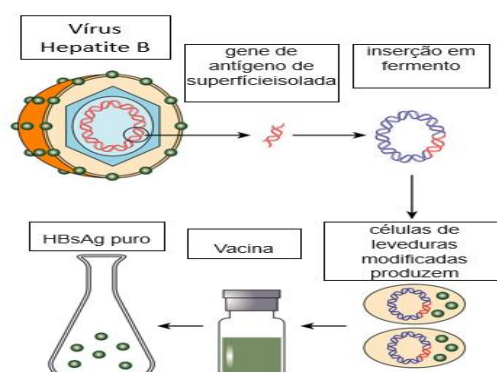
Considerando o desenvolvimento de trabalhos educativos para valorizar as medidas de saneamento e esclarecimentos à população sobre a doença, transmissão, o tratamento e prevenção.

A EFICACIA DA IMUNIZAÇÃO

Vacinação contra o vírus da hepatite A – Essa vacina está disponível na rede pública para as crianças com 12 meses de idade em esquema de dose única. A idade máxima para sua administração é de 1 ano, 11 meses, 29 dias. Disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (Crie), estando indicada apenas para pessoas com hepatopatias crônicas susceptíveis para a hepatite A, receptores de transplantes halogênicos ou autólogos, após transplante de medula óssea, candidatos a receber transplantes autólogos de medula óssea, antes da coleta, e doadores de transplante alogênico de medula óssea a patologias que indicam esplenectomia. A vacina só deve ser utilizada por maiores de um ano, conforme o laboratório produtor. (BRASIL, 2022b)

Vacinação contra o vírus da hepatite B – a vacina disponível é constituída de antígenos de superfície do vírus B, obtidos por processo de DNA-recombinante, é eficaz, segura, e confere imunidade em cerca de 90% dos adultos e 95% das crianças e adolescentes. A

imunogenicidade é reduzida em neonatos prematuros, indivíduos com mais de 40 anos, imunocomprometidos, obesos, fumantes, etilistas, pacientes em programas de hemodiálise ou portadores de cardiopatia, cirrose hepática ou doença pulmonar crônica. A vacina é administrada em três doses, com os seguintes intervalos 0, 1 e 6 meses, por via muscular, no músculo deltoide em adultos e na região anterolateral da coxa em menores de 2 anos. A revacinação é feita em caso de falha da imunização (títulos protetores < de 10UI/ml), que acontece em 5% a 10% dos casos (BRASIL, 2022a).



Efeitos adversos pós vacinação com a vacina anti-hepatite B observados, são semelhantes ao de outros imunobiológicos licenciados, sendo a dor e hiperemia no local da injeção, os mais comuns, presentes em 15% a 20% dos vacinados e estão relacionadas ao adjuvante hidróxido de alumínio e cerca de 15 % dos indivíduos apresentam um ou mais sintomas sistêmicos leves e de resolução espontânea, como cefaléia, febre e/ou fadiga até 2 dias após a vacinação (Dias *et al.*, 2020).

A vacinação tem sido um meio de grande eficiência para prevenção dessa patologia, fazendo com que o público alvo fique protegida contra o vírus. Dessa forma para se obter um esquema vacinal que possa expande-se de forma significativa, é necessário que o profissional de saúde possa prestar seu serviço em ações coletivas, e que além do ato de vacinar se tenha o acompanhamento, supervisão e informações consistentes. Lembrando que boa parte do público trabalhado não detém conhecimento sobre a problematização. A monitoração da cobertura vacinal nas UBS é de grande importância para que os objetivos de controle e erradicação das doenças imunopreveníveis, propostos pelo PNI, sejam alcançados, evitando o retorno de doenças já controladas no país.

ASSISTÊNCIA PRESTADA PELO SUS

A rede de assistência às hepatites virais no SUS está dividida em três níveis: atenção básica, média complexidade e alta complexidade. De acordo com a orientação da NOAS SUS 01/2002, o planejamento regional da atenção deve ser feito de modo integrado, para que os serviços não fiquem restritos ao âmbito municipal, garantindo o acesso do paciente aos recursos necessários para resolução de seu problema (BRASIL 2022a).

As estratégias preventivas essenciais seriam ações antecipadas através da promoção e prevenção, mediante práticas educativas como ensinar a lavar as mãos, uso de alimentos limpos e bem cozinhados evitaria a contaminação e teríamos cidadãos mais conscientes. É

necessário que todas as informações sejam repassadas para cada indivíduo para que haja um trabalho coletivo, e que os mesmos possam reconhecer o problema. Entretanto existem outras condutas como diagnóstico precoce, visando detectar primordialmente os assintomáticos, a reabilitação. A busca pela humanização dos serviços no Sistema Único de Saúde passa necessariamente pelo incremento de um sistema de aconselhamento que, não apenas instrua e informe, mas também ouça as necessidades e as dúvidas dos usuários que recorrem aos serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O combate às hepatites virais exige um esforço multifacetado que combine comunicação eficaz, ações de prevenção abrangentes e políticas públicas que garantam condições de vida dignas para toda a população. Através da colaboração entre profissionais de saúde, governo e sociedade civil, podemos construir um futuro livre da ameaça dessas doenças.

Portanto, é preciso que os profissionais de saúde seja o vínculo que proponha e desenvolva ações para a população, seja através de panfletagem ou até mesmo com diálogo, pois a comunicação é uma abordagem que não necessita custo apenas entendimento daqueles que irão repassa-la.

De maneira geral o presente estudo também mostrou que a prevenção acontece de forma simples como uma boa higienização até uma administração de uma vacina, entretanto essa problemática ainda apresenta grandes obstáculos decorrentes da estrutura habitacional de grande parte da população brasileira que não vive em condições adequadas. Salientando que depois da água potável, nada mais seguro do que um esquema vacinal amplo, para imunoprevenir as hepatites.

REFERÊNCIAS

BARATA, R.B. *et al.* National Vaccine Coverage Survey 2020: methods and operational aspects. v. 26. **Rev Bras Epidemiol.** 2023.

BRASIL. **Hepatites virais no Brasil.** Boletim Epidemiológico. n. especial, 2022a.

BRASIL. **Guia de vigilância epidemiológica:** Hepatites virais. 2022b.

DIAS, C.M. *et al.* Epidemiologia das hepatites virais no Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública.** v. 44, n. 4, 2020.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Hepatite Virais. **Hepatites virais: testagem, diagnóstico e tratamento,** 2022.

GONÇALVES, N.V. *et al.* Hepatites B e C nas áreas de três Centros Regionais de Saúde do Estado do Pará, Brasil: uma análise espacial, epidemiológica e socioeconômica. **Cad. saúde colet.** 2019.

MATOS, A.F.M.; ZOLNNER, M.S.A.C. Epidemiologia das hepatites virais no Brasil entre 2010 e 2022. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases.** v. 26, 2022.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Hepatite.** Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2023.

PIMENTA, G. R. P. *et al.* Ações de promoção e prevenção à saúde do trabalhador sob risco de exposição e transmissão de hepatites virais, **Rev. APS.** 2017.

SANTANA, V. V. R. S. Conhecimento dos estudantes de enfermagem sobre hepatite B. **Rev. Eletr. Evid & Enferm.** 2017.

CAPÍTULO 8

CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL

Juliane de Oliveira Costa¹

Anne Milane Formiga Bezerra²

Erta Soraya Ribeiro César³

Thoyama Nadja Félix de Alencar Lima⁴

Juliana de Carvalho Gomes⁵

Denisy Dantas Melquiades Azevedo⁶

Ianne Stéfani Angelim Vieira⁷

INTRODUÇÃO

A sífilis congênita está associada principalmente às gestantes infectadas pelo *Treponema Pallidum* que não foram submetidas aos exames diagnósticos para sífilis, que foram tratadas inadequadamente ou aquelas que não realizaram tratamento algum. Nestes casos, há maior probabilidade dessas gestantes apresentarem desfechos desfavoráveis

¹ Enfermeira. Pós-Doutorado em Ciências da Saúde FCMSCSP. Doutorado em Ciências da Saúde FCMSCSP. Especialista em Saúde da Família e Metodologias da Aprendizagem no Ensino Superior (UNIFIP). Docente UNIFIP. Membro do Comitê de Ética (UNIFIP)

² Enfermeira Doutora em Ciências da Saúde pela FSCMSP. Docente da UNIFIP do Curso Bacharelado em Enfermagem.

³ Enfermeira Obstetra. Mestre em Ciências da Saúde UNICSUL –SP

⁴ Enfermeira Obstetra. Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – FCMSCSP. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Católica de Santos - UNISANTOS, professora do Centro Universitário de Patos – UNIFIP. Funcionária pública da Fundação Paraibana de Gestão em Saúde – PBSAÚDE

⁵ Especialista em Saúde da Família Cuidado Pré Natal e Obstetrícia.
julianac.gomes83@gmail.com

⁶ Mestre em Ciências da Saúde. Especialista em UTI, Urgência e Emergência e Metodologias Ativas para Educação. denisymelquiades@fiponline.edu.br

digestão, como mortes fetais e neonatais, prematuros de baixo peso e crianças infectadas (Padovani; Oliveira; Pelloso, 2018; Magalhães *et al.*, 2013).

Mundialmente, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) criaram iniciativas para eliminação da infecção mãe-filho até 2015, com objetivo de diminuir as taxas de incidência da sífilis congênita para igual ou menor que 0,5 caso para cada mil nascidos vivos, estabelecendo que no mínimo 90% das gestantes tenham o diagnóstico precoce e o tratamento adequado para infecção (Nunes *et al.*, 2018).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) visando oferecer atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério e à criança o nascimento e crescimento saudável, criou diversas estratégias visando assegurar a realização da testagem rápida para sífilis no primeiro e terceiro trimestre como também teste sorológico de *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) (Moreira *et al.*, 2017).

No entanto, apesar dessas estratégias, há quem fique sem acesso aos serviços de saúde e conseqüentemente sem diagnóstico e tratamento precoce, firmando um desafio para as ações de controle da sífilis (Flores, 2011). Esse capítulo destaca as características clínicas e epidemiológicas dos casos de sífilis congênita, que são aspectos importantes para caracterizar o perfil dessa afecção, servindo inclusive de subsídio nas estratégias que visam a diminuição/eliminação desses casos.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA SÍFILIS CONGÊNITA

A sífilis congênita ocorre pela disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, através da via transplacentária, da gestante infectada não tratada ou tratada inadequadamente, para o feto. Pode ser classificada em até dois estágios: sífilis congênita precoce, quando é diagnosticada até dois anos de vida, e sífilis congênita tardia, quando diagnosticada após os dois primeiros anos de vida da criança (Brasil, 2005).

Os valores relativos à transmissão de mãe para filho da sífilis apresentam-se distintos conforme a fase da doença materna, sendo maior que 90% nas formas recentes e aproximadamente 30% nas formas latentes e tardias. Entretanto, o tratamento adequado é capaz de prevenir 97% dos casos de transmissão vertical (Domingues; Leal, 2016).

O diagnóstico no recém-nascido dá-se por meio de exames clínicos, físicos, anamnésico e sorológico da situação materna, de avaliações laboratoriais e de estudos de imagem na criança. Já o exame do líquido cefalorraquidiano (LCR) é um dos testes recomendados em crianças com sífilis congênita para o diagnóstico de neurosífilis. Porém, a detecção da sífilis congênita é considerada complexa, não existindo uma avaliação que determine com precisão o diagnóstico da infecção no recém-nascido (Francisco, 2014; Kalinin; Passarelli Neto; Passarelli, 2015).

Ao nascer, dois terços dos recém-nascidos acometidos pela sífilis congênita não apresentam sintomatologia, entretanto, os sintomas apresentados podem variar desde alterações hepáticas e esplênicas, revelado por hepatoesplenomegalia, até lesões do sistema nervoso central, como convulsões e meningite. Prematuridade, baixo peso ao nascer e óbitos fetais são facilmente encontrados em casos de infecção vertical, contudo variam conforme a classificação do grau da doença (Moreira *et al.*, 2017; Sonda *et al.*, 2013).

Os desfechos desfavoráveis da sífilis congênita incluem óbitos específicos por sífilis congênita, óbitos por outras causas, aborto e natimorto por sífilis. O tratamento da sífilis congênita é realizado com penicilina e a utilização de outros medicamentos não garantem tratamento adequado (Brasil, 2023).

Relativo às características maternas de recém-nascidos infectados pela sífilis, a maioria dos casos são constatados em conceitos de mães jovens, entre 20 e 29 anos, raça parda, com baixo nível de escolaridade (ensino fundamental completo ou incompleto), que realizaram o pré-natal, porém foram tratadas de forma inadequada e seus parceiros não

tratados. O tratamento materno com benzilpenicilina benzatina, realizado adequadamente, é essencial para evitar a infecção congênita pela sífilis. Considera-se tratamento adequado da gestante com sífilis o uso de benzilpenicilina benzatina, iniciado até 30 dias antes do parto, além da realização do esquema terapêutico completo, conforme o estágio clínico da infecção e o respeito ao intervalo recomendado entre as doses. (Farias, 2017; Holanda *et al.*, 2011; Oliveira; Figueiredo, 2011; Miranda, *et al.*, 2017; Moreira *et al.*, 2017; Domingues; Leal, 2016; Vieira *et al.*, 2021; Brasil, 2023).

CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA

Entre os anos de 1999 a junho de 2023, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 319.806 casos de sífilis congênita em menores de 1 ano, dos quais 141.659 (44,3%) eram habitantes da região Sudeste, 95.044 (29,7%) do Nordeste, 38.043 (11,9%) do Sul, 27.120 (8,5%) do Norte e 17.940 (5,6%) do Centro-Oeste (Brasil, 2023).

Entre 2019 e 2022, houve um acréscimo de 16,0% na incidência de casos de sífilis congênita diagnosticados no Brasil. Relativo às regiões, o maior aumento ocorreu na região Centro-Oeste (25,0%), seguida das regiões Norte e Nordeste (17,2%), Sudeste (15,1%) e Sul (14,2%). Especificamente no ano de 2022, 11 estados apresentaram taxas de incidência de sífilis congênita superiores à taxa nacional (casos por 1.000 nascidos vivos): Rio de Janeiro (23,0), Pernambuco (17,0), Sergipe (15,9), Rio Grande do Sul (15,9), Ceará (13,3), Rio Grande do Norte (13,2), Espírito Santo (11,9), Tocantins (11,7), Distrito Federal (11,6), Amapá (11,4) e Roraima (10,8) (Brasil, 2023).

Segundo os dados de 2012 a 2022, os desfechos desfavoráveis da sífilis congênita (óbitos, abortos e natimortos) representaram 9,1% do total de casos (26.004 ocorrências). Comparando esses anos, observa-se o aumento de todos os desfechos desfavoráveis: óbitos por sífilis congênita (25,2%), óbitos por outras causas (101,1%), aborto (145,1%) e natimorto (19,1%) por sífilis (Brasil, 2023).

Referente à mortalidade infantil (em menores de 1 ano) por sífilis congênita, no período de 1998 a 2022, o número de óbitos registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) foi de 3.351, sendo 1.428 (42,6%) na região Sudeste, 1.009 (30,1%) no Nordeste, 407 (12,1%) no Norte, 321 (9,6%) no Sul e 186 (5,6%) no Centro-Oeste. No Brasil, o coeficiente de mortalidade infantil específica por sífilis elevou-se em 54,4% quando comparados os anos 2012 e 2022 (de 5,1 para 7,8 óbitos /100.000 NV) (Brasil, 2023).

Segundo as médias móveis do coeficiente de mortalidade infantil por sífilis congênita segundo regiões. Em geral, todas as regiões apresentaram crescimento do coeficiente até 2014. A partir de 2015, a região Norte apresentou declínio, seguido de elevação a partir de 2018. A região Sul apresentou queda com posterior estabilidade, já as regiões Centro-Oeste e Nordeste tiveram decréscimo a partir de 2017 e elevação a partir de 2020. O Sudeste tem mantido declínio no coeficiente desde 2018 (Brasil, 2023).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidencia-se que o Brasil ainda possui elevadas taxas de incidência da sífilis congênita no país, associada principalmente ao tratamento inadequado das gestantes, conforme preconizado, mesmo essas tendo realizado assistência de pré-natal. Diante desse cenário, revela-se a precariedade da qualidade da assistência, assim como a necessidade de medidas de enfrentamento para o combate à infecção pela sífilis.

Faz-se necessário que as equipes de saúde da atenção primária sejam capacitadas para realização dos atendimentos de pré-natal com qualidade, o que inclui a busca da gestante para início precoce do pré-natal, solicitação de exames e obtenção de resultados em tempo oportuno, realização do pré-natal do parceiro visando principalmente tratar adequadamente os casos e realizar educação em saúde sobre a doença e a importância do diagnóstico e tratamento precoce.

Além disso, o fortalecimento das vigilâncias estaduais e municipais e a maior oferta de testes para sífilis são estratégias que contribuem para a identificação e distribuição equivalente de recursos destinado às ações de combate à doença, e quando devidamente executadas impactam diretamente no cenário epidemiológico da infecção.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes para o controle da sífilis congênita**. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico – Sífilis 2023**. Brasília: Ministério da Saúde. 2023.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. DO 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, 2016.

FARIAS, N. L. L. **Sífilis congênita em Pernambuco: Influência dos fatores sociodemográficos e assistenciais**. Recife: Instituto Aggeu Magalhães. 2017.

FLORES, R. L. R. **Sífilis congênita no município de Belém (Pará): análise dos dados registrados nos sistemas de informação em saúde (SINAN, SIM e SINASC)**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 2011.

FRANCISCO, V. C. C. **Sífilis congênita no município de Macapá/AP: Análise dos dados registrados no sistema de informação de agravos de notificação (SINAN), no período de 2007 a 2012**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade Federal do Amapá. Macapá, Amapá. 2014.

HOLANDA, M. T. C. G. DE et al. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no município de Natal, Rio Grande do Norte - 2004 a 2007. **Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**, v. 20, n. 2, p. 203–212, 2011.

KALININ, Y.; PASSARELLI NETO, A.; PASSARELLI, D. H. C. Sífilis: Aspectos clínicos, transmissão, manifestações orais, diagnóstico e tratamento. **Odonto**, v. 23, n.45–46, p. 65–76, 2015.

MAGALHÃES, D. M. DOS S. et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cadernos de saúde pública**, v. 29, n. 6, p. 1109–1120, 2013.

MIRANDA, A. E. et al. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. **Revista panamericana de salud publica [Pan American journal of public health]**, v. 41, p. 1, 2017.

MOREIRA, K. F. A. et al. Perfil dos casos notificados de sífilis congênita. **Cogitare Enfermagem**. Rondônia. v.22, n.2, 2017.

NUNES, P. S. et al. Sífilis gestacional e congênita e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, Goiás, 2007-2014: um estudo ecológico. **Epidemiologia e servicios de saude: revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 27, n. 4, 2018.

OLIVEIRA, D. R. de; FIGUEIREDO, M. S. N. de. Abordagem conceitual sobre a sífilis na gestação e o tratamento de parceiros sexuais. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 2, p.108–111, 2011.

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R. R. DE; PELLOSO, S. M. Syphilis in during pregnancy: association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 26, n. 0, p. e3019, 2018.

SONDA, E. C. et al. Sífilis Congênita: uma revisão da literatura. **Revista deEpidemiologia e Controle de Infecção**, v. 3, n. 1, p. 28, 2013.

VIEIRA, I. S. A. et al. Características epidemiológicas dos casos de sífilis congênita no Estado da Paraíba. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, p. e46910413511,2021.

CAPÍTULO 9

AVANÇOS E DESAFIOS DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO

Juliane de Oliveira Costa¹

Anne Milane Formiga Bezerra²

Erta Soraya Ribeiro César³

Juliana de Carvalho Gomes⁴

Rosa Martha Ventura Nunes⁵

Priscilla Costa Melquíades Menezes⁶

Fernanda Barbosa Freitas⁷

INTRODUÇÃO

Historicamente, em 1973, foi criado o Programa Nacional de Imunizações (PNI), fruto de uma iniciativa que, em um contexto político adverso, contou, em sua concepção, com a convergência de sanitaristas comprometidos com a saúde da população e de uma burocracia pública nacionalista. Seu nascimento ocorria como desdobramento natural do sucesso da Campanha de Erradicação da Variola (CEV) e da crescente preocupação com a disponibilidade de imunobiológicos como fator

¹ Enfermeira. Pós-Doutorado em Ciências da Saúde FCMSCSP. Doutorado em Ciências da Saúde FCMSCSP. Especialista em Saúde da Família e Metodologias da Aprendizagem no Ensino Superior (UNIFIP). Docente UNIFIP. Membro do Comitê de Ética (UNIFIP)

² Enfermeira Doutora em Ciências da Saúde pela FSCMSP. Docente da UNIFIP do Curso Bacharelado em Enfermagem.

³ Enfermeira Obstetra. Mestre em Ciências da Saúde UNICSUL –SP

⁴ Especialista em Saúde da Família Cuidado Pré Natal e Obstetrícia.
julianac.gomes83@gmail.com

⁵ Enfermeira graduada pelas Faculdades Integradas de Patos. Mestre em Ciências da Saúde pela UNICSUL. Mestre em UTI pela SOBRATI. Especialista em Saúde Coletiva. Especialista em UTI.

⁶ Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde pela UNICSUL-SP. e-mail: priscillamenezes@fiponline.edu.br

⁷ Acadêmica do Curso de Bacharelado em Biomedicina

importante para a constituição de um sistema nacional de saúde, no contexto de projeto autoritário de construção da nação.

Até então as ações de imunização eram desenvolvidas sem a continuidade necessária, se caracterizando por um caráter episódico, que acabava por atingir pequenas áreas com baixa taxa de cobertura vacinal. A proposta básica foi aprovada com a presença do então ministro Mário Machado Lemos em uma reunião que contou ainda com sanitaristas e infectologistas (Brasil, 2014).

A institucionalização do programa, no entanto, só ocorreu em 1975. Neste período, foi estabelecido a gratuidade para as vacinas consideradas obrigatórias. Na fase inicial do Programa, as vacinas contra difteria, tétano e coqueluche (DTP), poliomielite, tuberculose (BCG) e sarampo passaram a ser aplicadas de modo sistemático mediante calendários de vacinação. Com ela houve estímulo e expansão para a utilização dos agentes imunizantes. O programa passou a coordenar as ações em âmbito nacional e o incremento nas ações levou a promulgação da legislação específica nos anos seguintes, o que contribuiu para o fortalecimento institucional do programa (Brasil, 2014).

AVANÇOS DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO

Com a criação do PNI veio o advento do fortalecimento do Ministério da Saúde no âmbito da prevenção primária. A implementação do programa se deu com a incorporação de experiências exitosas que permitiram o sucesso das ações implementadas e, com o quadro epidemiológico mais complexo surge a necessidade de aprimorar a organização das ações, como a combinação da vacinação de rotina e campanhas de vacinação. Desta parceria, houve substancial contribuição para a erradicação de poliomielite e sarampo (Silva Júnior, 2013).

No Sistema Único de Saúde (SUS), o PNI ganha destaque, fortalecendo e incentivando o desenvolvimento de ações planejadas e

sistemáticas, que colocaram o município como o executor primário e direto das ações de saúde, entre elas as de vacinação. O programa tem garantido a oferta de vacinas seguras e eficazes para todos os grupos populacionais que são alvos de ações de imunização (Silva Júnior, 2013).

O PNI se mostrou tão importante ao longo dos anos, que o Brasil, em condições sanitárias normais, é considerado autossuficiente em imunizantes. Vale ressaltar que o êxito das ações de imunização resulta de uma associação de fatores por parte das instâncias gestoras envolvidas, incluindo aquisição, planejamento, infraestrutura, logística, treinamento e, recursos humanos que nas diferentes atuações asseguram imunobiológicos de qualidade à população (Silva et al., 2016).

O PNI na perspectiva de subsidiar a gestão do programa, a partir de 1994, em parceria com o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), vem desenvolvendo e ampliando a utilização de sistemas de informação, evoluindo do registro consolidado de dados agregados ao registro individualizado (nominal) de vacinação, compreendendo o registro dos eventos adversos, da utilização e perdas de imunobiológicos, além da aquisição e distribuição de imunobiológicos (Brasil, 2019).

Destaque-se que, a partir do ano de 2019, o registro de vacinados nas unidades básicas de saúde está progressivamente sendo feito a partir do Sistema de Informação da Atenção Básica (e-SUSAB), com objetivo de integrar os dados de todos os sistemas de informação em saúde que hoje são utilizados no SUS (Domingues et al, 2015).

Diante da complexidade em que se tornou o Calendário Nacional de Vacinação (CNV), a partir das novas inclusões de vacinas ao longo da sua história, tem sido de extrema importância contar com o apoio das sociedades científicas, de classe e profissionais de notório saber, que compõem o Comitê Técnico Assessor (CTAI), criado em 1991. A atuação do CTAI tem possibilitado que as estratégias de vacinação definidas pelo Ministério da Saúde tenham a credibilidade e adesão da população (Brasil, 2019). As vacinas são ofertadas nas Unidades Básicas de Saúde e são conduzidas até a população por meio dos esforços das equipes de vacinação, permitindo que a imunização chegue até mesmo nos locais de difícil acesso através de estratégias diversas como vacinação de rotina, campanhas de vacinação, bloqueios e intensificações de vacinação traduzindo-se num esforço grandioso para o controle e erradicação de doenças imunopreveníveis (Bezerra et al, 2023).

A modernização do PNI passa pela busca para ofertar novos imunobiológicos com custo-benefício comprovado além da implementação e fortalecimento de novos mecanismos e estratégias que garantam e ampliem o acesso da população às vacinas (Brasil, 2019).

DESAFIOS DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO

Com os avanços no PNI surgiram grandes desafios em áreas distintas em virtude da complexidade em que o programa vem assumindo em toda a sua trajetória. Cabe destacar a necessidade de rápida capilaridade das informações e de modo oportuno para atender a extensa rede de vacinação no país (Sato, 2018).

No tocante ao seu objeto principal de atenção, a população protegida contra doenças evitáveis por vacinação, está posto o desafio de estabelecer forte parceria com estados e municípios, sociedades científicas, entidades públicas e privadas, organizações governamentais e não governamentais para buscar a adesão da população, alcançar e manter elevadas coberturas vacinais (Domingues et al, 2015).

Neste contexto, a Atenção Primária à Saúde desempenha um papel fundamental, no tocante, adesão à vacinação das doenças imunopreveníveis, e desenvolve todo o processo de vacinação, sendo a

Unidade Básica de Saúde o ponto estratégico da Rede de frio para aplicação das vacinas na população (Brasil, 2019).

A partir do ano de 2016, percebe-se despeito de todas as conquistas. Muitas doenças tornaram-se desconhecidas, fazendo com que algumas pessoas não tenham noção da gravidade representada por elas, com conseqüente risco de reintrodução ou recrudescimento de doenças controladas ou já erradicadas no país. Começa-se, então, a observar um fenômeno identificado não só no Brasil, mas em diversos países, que é a redução no alcance das metas preconizadas para as coberturas vacinais (Zorzetto, 2018).

Vale destacar que a redução da cobertura vacinal, nos últimos anos, não pode ser atribuída há uma única causa. É necessário entender os múltiplos fatores que estão contribuindo para essa diminuição, como o desconhecimento da importância da vacinação, a hesitação em vacinar, as falsas notícias veiculadas especialmente nas redes sociais sobre o malefício que as vacinas podem provocar à saúde, o desabastecimento parcial de alguns produtos, os problemas operacionais para a execução adequada da vacinação, incluindo o adequado registro dos dados até a dificuldade de acesso à unidade de saúde. Entender esses fatores é de extrema relevância para se buscar novos caminhos, visando restabelecer os altos índices de cobertura vacinal alcançados até poucos anos atrás (Domingues *et al*, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que existe uma necessidade de consolidação das conquistas já alcançadas e o enfrentamento dos desafios postos pela crescente complexidade do perfil epidemiológico das doenças transmissíveis num mundo em que os riscos sanitários são compartilhados de forma quase imediata.

Contudo, é necessário um engajamento de todas as esferas de governo do SUS, assim como de outros setores sociais, bem como educação, é primordial a participação efetiva dos profissionais de saúde, em especial os vacinadores, os quais são responsáveis pela concretização da vacinação e sucesso dos índices de cobertura vacinal.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de vigilância de eventos adversos pós- vacinação**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BEZERRA et al; Cobertura vacinal e eventos adversos no primeiro ano de vida no estado da Paraíba, Brasil, **Enferm Bras**. 2023;22(5):588-607 doi: 10.33233/eb.v 22i5.5415.
- BRASIL. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. **Evolução dos sistemas de informação utiliza - dos pelo Programa Nacional de Imunizações brasileiro**. In: Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, organizador. Saúde Brasil 2019: uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. p. 445-84.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n o 930, de 15 de maio de 2019. Institui o Programa “Saúde na Hora”, que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família, altera a Portaria n o 2.436/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação n o 2/GM/ MS, de 2017 a 2019. Diário Oficial da União 2019.
- DOMINGUES.C.M.A. S; MARANHÃO.A.G. K; TEIXEIRA.A.M; FORTUNATO.F.F.S; DOMINGUES.R.A.S. 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. **Cad. Saúde Pública**. 2020; 36 Sup 2:e00222919.
- DOMINGUES CMAS, WOYCICKI JR, REZENDE KS, HENRIQUES CMP. Programa Nacional de Imunização: a política de introdução de novas vacinas. **Revista Eletronica Gestão & Saúde** 2015; 6:3250-74.
- SATO, A. P. S. What is the importance of vaccine hesitancy in the drop of vaccination coverage in Brazil? **Revista de Saúde Pública**, v. 52, 2018.
- SILVA JUNIOR, J. B. 40 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma conquista da Saúde Pública brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 7-8, mar. 2013.
- SILVA, S. S. et al. Analysis of adverse events following immunization in Minas Gerais, Brazil, 2011: a cross-sectional study. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 45-54, mar. 2016.
- ZORZETTO R. As razões da queda na vacinação. **Pesqui Fapesp** 2018; (270):19-24.

CAPÍTULO 10

VACINAÇÃO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: UMA ANÁLISE DOS EVENTOS ADVERSOS

Juliane de Oliveira Costa¹

Anne Milane Formiga Bezerra²

Laysa Gabrielle Silva Medeiros³

Jeysica Paloma Medeiros dos Santos⁴

Hellen Maria Gomes Araújo de Souza⁵

Rosa Martha Ventura Nunes⁶

Denisy Dantas Melquiades Azevedo⁷

INTRODUÇÃO

O Calendário de vacinação brasileiro é definido pelo Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde (PNI/MS) e corresponde ao conjunto de vacinas consideradas de interesse

¹ Enfermeira. Pós-Doutorado em Ciências da Saúde FCMSCSP. Doutorado em Ciências da Saúde FCMSCSP. Especialista em Saúde da Família e Metodologias da Aprendizagem no Ensino Superior (UNIFIP). Docente UNIFIP. Membro do Comitê de Ética (UNIFIP)

² Enfermeira Doutora em Ciências da Saúde pela FSCMSP. Docente da UNIFIP do Curso Bacharelado em Enfermagem.

³ Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Católica de Santos - São Paulo. Especialista em Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica - Faculdade Redentor, Rio de Janeiro. Especialista em Metodologias Ativas de Ensino Superior – UNIFIP. Docente de Fisioterapia UNIFIP. Tutora do Núcleo de Fisioterapia das Residências Multiprofissionais em Atenção Primária à Saúde e Saúde Mental – UNIFIP

⁴ Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande/UFCG e Pós-graduada em Docência do Ensino Superior e Urgência e Emergência. Residente Multiprofissional em Saúde Mental.

⁵ Mestre em ciências da saúde pela FCMSCSP-SP. Docente UNIFIP da Disciplina de Cirúrgica II

⁶ Enfermeira graduada pelas Faculdades Integradas de Patos. Mestre em Ciências da Saúde pela UNICSUL. Mestre em UTI pela SOBRATI. Especialista em Saúde Coletiva. Especialista em UTI.

⁷ Mestre em Ciências da Saúde. Especialista em UTI, Urgência e Emergência e Metodologias Ativas para Educação. denisymelquiades@fiponline.edu.br

prioritário à saúde pública do país. Existem vacinas recomendadas desde o nascimento até a terceira idade e distribuídas gratuitamente nos postos de vacinação da rede pública (Guimarães, *et al.*, 2022).

A vacinação quando adequada durante o primeiro ano de vida é essencial para proteger as crianças contra doenças infecciosas. Informações acerca dos eventos adversos no primeiro ano de vida compreendem um tema importante na área da saúde pública, tendo em vista que são cruciais para o fortalecimento da vigilância epidemiológica, implementação de medidas de prevenção e, promoção da educação e comunicação em saúde (Fontes, *et al.*, 2023).

De acordo com Pacheco (2019), a vacinação é a principal estratégia de saúde pública como forma preventiva de conseqüentes complicações que possa resultar em mortes nos menores de um ano, sendo que as reações adversas às vacinas são leves e desaparecem por conta própria em poucos dias. Esse capítulo discute os eventos adversos, que podem ocorrer com crianças vacinadas em seu primeiro ano de vida, ao passo que busca analisar quais fatores podem ser levados em consideração para ponderar esses efeitos adversos, tendo em vista que é imprescindível a administração dessas vacinas para a segurança imunológica da criança no seu primeiro ano de vida.

EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

De acordo com estudo realizado por Bezerra *et al.* (2023), a ocorrência de eventos adversos no pós vacinação (EAPV) acomete, principalmente, crianças em seu primeiro ano de vida, uma vez que essa fase da vida coincide com o período em que o ser humano recebe o maior número de vacinas, além de ser uma fase de imaturidade imunológica, considerada mais vulnerável.

É visto que a vacinação pode garantir mais benefícios que malefícios para saúde da criança recém-nascida uma vez que ela serve para prevenção e erradicação de doenças infecciosas. A ocorrência os

EAPVs, acontecem em razão dos componentes vacinais, porém não ocorrem em todas as vacinas e nem em todas as doses aplicadas. Esses eventos adversos são mais, frequentemente, acometidos em crianças nos primeiros anos de vida, e isso pode ocorrer em virtude do maior número de doses de vacinas que são necessárias para essa fase (Kichel; Bortoli, 2020).

Eventos adversos pós-vacinais (EAPVs) são qualquer ocorrência médica indesejada após vacinação e incluem toda a cadeia pós-produção da vacina, seja em sua estocagem, manipulação, prescrição e mesmo administração (Pires, *et al.*, 2022). São eventos esperados pós-vacinação: febre, dor e edema local, ou, nos casos mais graves, como convulsões febris, anafilaxia, entre outros. Vale salientar que atualmente as vacinas possuem um alto perfil de segurança biológica, e apesar de não estarem isentas de eventos adversos, seu uso é sustentado e recomendado (Pacheco, *et al.*, 2018).

Esses eventos adversos podem ser divididos entre não graves e graves. Os eventos adversos não graves (EANG) são bastante comum em relatos e caracterizados por reações clínicas de leve a moderadas como dor no local de administração da vacina, essa é a reação mais comum, e desaparece entre 24 ou 48 horas, podendo ser aliviada com compressas frias e massagem suave, vermelhidão e inchaço no local da injeção, geralmente são leves e desaparecem em poucos dias, ou em alguns casos, pode haver um endurecimento no local da injeção, que geralmente desaparece em algumas semanas, e os eventos adversos graves (EAG), acontecem com menos frequência, mas exigem hospitalização no período em torno de 24 horas ou prolongamento desta, e podem resultar em sequelas, ou morte (Brandão, *et al.*, 2021).

Com relação às vacinas mais citadas em relatos de eventos adversos pós-vacinais foi contatado queixas referentes a vacinas contra BCG, Hepatite B, Penta valente, DTP, a oral contra Poliomielite, a Rotavírus, Tetraviral, Meningocócica, e Febre amarela. Com relatos de reações que vão desde abscesso frio quente, febre, cefaleia, mal-estar geral e até mais graves como anafilaxia, convulsões, encefalite e

desenvolvimento de síndromes como a de Guillain-Barré (Santos, *et al.*, 2021).

De acordo com o ministério da saúde (2020) as vacinas Pentavalente, seguidas da VIP e DTP embora estejam indicadas em maiores casos de notificações de eventos adversos de pós vacinação, têm em comum o fato de serem constituídas por microrganismos inativados, ou seja, incapacitados de provocar sintomas de doenças.

Arroyo *et al.*, (2020), destaca em estudo que a possível crença em informações inconsistentes e contraditórias tem gerado impactos na redução significativa da cobertura vacinal entre as populações com maior poder aquisitivo, e com a redução da cobertura vacinal fica propício o aparecimento de doenças imunopreveníveis, como sarampo e coqueluche. Alertando sobre a necessidade de adoção de medidas imediatas de saúde pública, uma vez que o diagnóstico situacional com certa amplitude, e a detecção das áreas de queda de cobertura, precisam ser amparadas por políticas públicas que possa interferir nesse quadro e assegurar a imunização correta a fim de controlar a disseminação de doenças infecciosas e agravamentos de casos.

FATORES QUE PODEM ESTAR CORRELACIONADOS AOS EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAIS (EAPV)

Segundo Lima *et al.* (2022), os efeitos adversos podem esta relacionados a uma série de fatores tais como: reação relacionada ao produto vacinal, ocasionada por um ou mais dos componentes de determinada vacina, reação relacionada ao defeito de qualidade e procedência da vacina, incluindo embalagens e acessórios utilizados na sua aplicação, reação relacionada ao erro de imunização quando manuseada, prescrita ou administrada de forma inapropriada.

Stein (2022), aponta que ao se tratar de eventos adversos é preciso levar em consideração o tipo de vacina, visto que algumas vacinas têm maior probabilidade de causar reações adversas do que outras, isso porque algumas vacinas podem conter adjuvantes, como alumínio, podem causar mais reações locais, como dor e inchaço.

Número de antígenos: Vacinas que contêm múltiplos antígenos, como a vacina pentavalente, podem causar mais reações adversas do que vacinas que contêm um único antígeno, e dose da vacina, doses mais altas de vacina podem causar mais reações adversas do que doses mais baixas.

Sabe-se que a natureza dos efeitos adversos pós-vacinação, podem ser de caráter esperado ou não, efeitos que fogem da natureza esperada podem ter a sua origem correlacionada com a qualidade, como a contaminação, validade do lote e/ou teor de endotoxina (Pacheco *et al.*, 2018). Nesse sentido observar a qualidade e procedência do lote utilizado, e os cuidados na sua administração pode ser considerado um dos principais fatores de influência para EAPVs que possam vir ser constatados.

Ressalta-se que ignorar as diretrizes do Ministério da Saúde na vacinação aumenta a chance de erros e compromete a efetividade da vacina. Conseqüentemente, pode ocorrer redução ou ausência da proteção esperada deixando o lactente vulnerável à doença. Assim como podem ocorrer eventos adversos graves ou até fatais (Teixeira *et al.*, 2021).

Para que os estudos possam identificar a ocorrência de EAPV em crianças menores de um ano, é necessário que especulações após a vacinação sejam registradas e notificadas mediante instrumento que consiste na ficha de Notificação e Investigação de Eventos Adversos Pós-Vacinais que deve ser devidamente preenchida pelo profissional de saúde. (Braga *et al.*, 2019).

De acordo com Sousa *et al.* (2023), o objetivo da notificação de EAPVs é aperfeiçoar as análises de casos, facilitar a agregação e análise de dados, permitindo dessa forma a medição contínua da segurança de uma determinada vacina na população. Partindo desse pressuposto a realização de estudos que identifiquem a ocorrência de EAPVs em crianças menores de um ano, podem através da disseminação do conhecimento servir de ferramenta estratégica para minimizar as conseqüências que os eventos adversos pós-vacinação podem provocar

nas crianças, como também fornecer subsídios necessários para a formação de políticas públicas que tratem da erradicação de doenças infecciosas no primeiro ano de vida.

Medidas para prevenir EAPV em menores de um ano incluem: Avaliação médica pré-vacinal para identificar contraindicações e verificar o estado de saúde do bebê; Orientação aos pais sobre os possíveis EAPV e como manejá-los; Administração da vacina por profissional treinado e em local adequado e observação do bebê após a vacinação para identificar sinais de reações adversas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a ocorrência de reações adversas a vacinas em lactentes seja possível, a literatura científica demonstra que tais eventos são geralmente raros, leves e desaparecem por conta própria em poucos dias.

Os eventos adversos que decorrem no pós-vacinação podem resultar no surgimento de alguns simples sintomas ou incômodos leves, ou em alguns casos específicos, a depender dos componentes associados à composição da vacina, a técnica realizada no momento da administração e a predisposição genética do indivíduo vacinado pode-se desenvolver reações mais graves.

Faz-se necessário destacar também que alguns fatores podem estar correlacionados ao aumento de risco de reações adversas a vacinas em crianças menores de um ano, como por exemplo: o tipo de vacina, a administração de doses corretas, integridade de lote entre outros.

O monitoramento dessas reações adversas deve ser relatado junto ao profissional de saúde a fim de identificar e tratar qualquer reação adversa que possa surgir.

Além disso, essas reações precisam ser notificadas pelo profissional da saúde mediante instrumento que consiste na ficha de Notificação e Investigação de Eventos Adversos Pós-Vacinais, essas informações quando preenchidas corretamente podem conduzir a

consolidação de uma vacina segura e eficiente, e apresentar dados relevantes para estudos profícuos que tratem de informações precisas quanto a administração dessas vacinas, afim de garantir a segurança imunológica da criança no primeiro ano de vida.

REFÊRENCIAS

ARROYO, L. H. *et al.* Áreas com queda da cobertura vacinal para BCG, poliomielite e tríplice viral no Brasil (2006-2016): mapas da heterogeneidade regional. **Cad. Saúde Pública** n. 36, v. 4, 2020.

BEZERRA, A.M.F.; ALMEIDA, F.J.; SATO, H.K.; NUNES, E.M.; BEZERRA, K.K.S.; BEREZIN, E.N.; SAFADI, M.A.P. Cobertura vacinal e eventos adversos no primeiro ano de vida no estado da Paraíba, Brasil. **Enferm Bras.** v. 22, n. 5. 2023

BRAGA, Polyana Cristina Vilela *et al.* Incidência de eventos adversos pós-vacinação em crianças. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 10, n. 11, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/231174/25144>. Acesso em: 06/03/2023.

BRANDÃO, L.G.V.A.; SILVA, T.P.R.; OLIVEIRA, M.M.M.; GUSMÃO, J.D.; MATOZINHOS, F.P. Eventos adversos pós-vacinação: desafios da vigilância e notificação. In: Silva, T.M.R.; Lima, M.G. (**Orgs.**). Estratégias de vacinação contra a COVID-19 no Brasil: capacitação de profissionais e discentes de enfermagem. Brasília, DF: Editora ABEn; 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vol. 51, n. 34, p. 1-10, 2020.

FONTES, S. K. R. *et al.* Fatores determinantes na cobertura vacinal do esquema básico de imunização na infância. *Research, Society and Development*, v. 12, n.7, 2023.

GUIMARÃES, B. C. M. *et al.* Cobertura vacinal de crianças menores de 1 ano no norte de Minas Gerais. **Revista CPAQV**, v.14, n .2, 2022.

KICHEL, JOSEANE NOGUEIRA; BORTOLI, CLEUNIR DE FÁTIMA CANDIDO DE. Caracterização dos eventos adversos pós-vacinação com vacinas adsorvidas. In: Repositório de Artigos do curso de Enfermagem-2020. Spinello, Analice Horn (**organizadora**). Pato Branco, 2021.

LIMA, F.F.; CRUZ, A.C.; SILVA, L.; BELELA-ANACLETO, A.S. Conhecimento e práticas de famílias sobre eventos adversos pós-vacinação em crianças e adolescentes. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** v. 22. 2022.

PACHECO, F.; DOMINGUES, C.; MARANHÃO, A.; CARVALHO, S.; TEIXEIRA, A.; BRAZ, R.; REBELO, R.; GUILHEM, D. Análise do Sistema de Informação da Vigilância de Eventos Adversos Pós-Vacinação no Brasil, 2014 a 2016. **Revista Panamericana de Salud Pública**. 2018.

PIRES, MARCELO GLADSON; SANTOS, WANDA PEREIRA GOES DOS; CARDOSO, ROSILENE FERREIRA. Eventos adversos pós-vacinação em crianças menores de 06 Anos no Amapá: uma análise descritiva. *Research, Society and Development*, v. 11, n.6, 2022.

SANTOS, Lais Cristina Barbosa dos *et al.* Eventos adversos pós-vacinação em idosos no Estado de São Paulo, Brasil, de 2015 a 2017. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, 2021.

SOARES, J. S. *et al.* Conhecimento das mães sobre as vacinas administradas aos menores de um ano. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, vol suplementar, n. 43, 2020.

SOUSA, M.M.C. Eventos adversos pós-vacinação em crianças de 0 a 2 anos: Compreensão dos profissionais. In: *Atenção integral em saúde Saúde da Criança: Da maternidade a Atenção Primária à Saúde*. LIMA JÚNIOR, F.A. *et al.* (**organizadores**). Belo Horizonte, 2023.

STEIN, E.A. **Análise da ocorrência de eventos adversos associados as vacinas em crianças nos municípios da sétima regional de saúde do estado do Paraná**. 2022. Dissertação (Mestrado em Ciências Aplicadas à Saúde) – Curso de Educação – Universidade Estadual Do Oeste do Paraná, Paraná, 2022.

TEIXEIRA, T.B.C. *et al.* Avaliação da segurança do paciente na sala de vacinação. **Texto contexto - enferm.**, v. 30, 2021.

CAPÍTULO 11

AGRAVOS DA SAÚDE: FÍSICO, MENTAL E SOCIAL

Anne Milane Formiga Bezerra¹

Ana Paula Dantas da Silva Paulo²

Tarciana Sampaio Costa³

Jeysica Paloma Medeiros dos Santos⁴

Juliana de Carvalho Gomes⁵

Rosa Martha Ventura Nunes⁶

Luciana Ferreira Monteiro e Oliveira⁷

INTRODUÇÃO

Os agravos à saúde representam uma ampla gama de condições que afetam os indivíduos e as comunidades, impactando diretamente na qualidade de vida e na produtividade social. A saúde física, frequentemente vista como o pilar fundamental do bem-estar, envolve condições médicas que afetam a estrutura e funcionamento do corpo

¹ Enfermeira Doutora em Ciências da Saúde pela FSCMSp. Docente da UNIFIP do Curso Bacharelado em Enfermagem.

² Enfermeira Auditora. Especialista em Metodologias Ativas para Ensino Superior. Mestre em enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba e Doutora em Ciências da Saúde com Ênfase em Pesquisa, Clínica e Cirurgia pela Faculdade Ciências Médicas Santa Casa de São Paulo. E-mail: ap-dantas@hotmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. E-mail: tarcianacosta@fiponline.edu.br

⁴ Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande/UFCG e Pós-graduada em Docência do Ensino Superior e Urgência e Emergência. Residente Multiprofissional em Saúde Mental.

⁵ Especialista em Saúde da Família Cuidado Pré Natal e Obstetrícia.
julianac.gomes83@gmail.com

⁶ Enfermeira graduada pelas Faculdades Integradas de Patos. Mestre em Ciências da Saúde pela UNICSUL. Mestre em UTI pela SOBRATI. Especialista em Saúde Coletiva. Especialista em UTI.

⁷ Enfermeira. Mestre em ciências da saúde pela Universidade Cruzeiro do Sul - São Paulo -SP. Especialista em Saúde da Família. Especialista em Terapia intensiva. Especialista em Gestão em Serviços de Saúde

humano. O investimento em prevenção e tratamento de doenças físicas é crucial para reduzir a carga de morbidade e mortalidade global, sustentando assim o desenvolvimento socioeconômico das nações (WHO, 2020).

Por outro lado, a saúde mental, que inclui o bem-estar emocional, psicológico e social, é igualmente vital. Distúrbios como depressão e ansiedade representam alguns dos maiores desafios de saúde pública da atualidade, afetando milhões de pessoas em todo o mundo. A saúde mental é fundamental para a capacidade individual de pensar, emotar, interagir com outros, ganhar a vida e desfrutar a vida. Desta forma, a promoção da saúde mental vai além do tratamento de transtornos mentais ou incapacidades, englobando a promoção do bem-estar e a prevenção de agravos (Kessler et al., 2005).

O aspecto social da saúde é compreendido através dos determinantes sociais que incluem condições de vida, trabalho, educação e relações interpessoais. Estes fatores têm um impacto profundo na saúde geral das populações e são cruciais para entender desigualdades em saúde. A interação entre condições sociais e saúde é tão significativa que políticas públicas focadas apenas nos aspectos médicos são insuficientes para promover uma saúde verdadeiramente holística e inclusiva (Marmot, 2005).

AGRAVOS FÍSICOS

Os agravos físicos englobam uma vasta gama de condições que afetam o corpo, desde doenças crônicas como diabetes e hipertensão até lesões e incapacidades físicas. A prevalência dessas condições tem crescido mundialmente, desafiando os sistemas de saúde a desenvolverem estratégias mais eficazes e sustentáveis de manejo e prevenção (Strong et al., 2006). O impacto dessas doenças não é apenas médico, mas também econômico, pois afeta a produtividade dos indivíduos e exige investimentos significativos em cuidados de saúde.

Além disso, os agravos físicos são influenciados por fatores de risco comportamentais, como alimentação inadequada, falta de

atividade física e consumo de substâncias tóxicas. Políticas públicas que promovam estilos de vida saudáveis e previnam o comportamento de risco são essenciais para combater esses agravos. Essas estratégias incluem campanhas de educação para a saúde, regulamentações sobre alimentos e incentivos para a prática regular de exercícios físicos (Popkin, 2001).

AGRAVOS MENTAIS

Os agravos mentais são caracterizados por uma gama de condições psicológicas que podem afetar profundamente a qualidade de vida e a capacidade de funcionamento dos indivíduos. Transtornos como depressão, ansiedade e esquizofrenia não só causam sofrimento individual, mas também possuem um impacto considerável na sociedade, aumentando o custo dos sistemas de saúde e causando perda de produtividade (Whiteford et al., 2013). A intervenção precoce e o acesso a serviços de saúde mental de qualidade são fundamentais para mitigar esses impactos.

AGRAVOS SOCIAIS

Os agravos sociais são resultado das condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem. Fatores como pobreza, desigualdade de renda e acesso limitado à educação e serviços de saúde têm um impacto direto na saúde física e mental das populações. Intervenções que visam melhorar esses determinantes sociais são cruciais para reduzir as disparidades em saúde e promover a equidade (Kawachi & Kennedy, 1997).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os agravos à saúde, seja físicos, mentais ou sociais, representam desafios complexos que requerem uma abordagem integrada e multidisciplinar. A promoção da saúde e a prevenção de doenças devem considerar todos esses aspectos para serem efetivas. É essencial que políticas públicas abordem os determinantes sociais da saúde e

proporcionem acesso universal a serviços de saúde para garantir uma sociedade mais saudável e justa.

REFERÊNCIAS

WHO. (2020). "World Health Statistics 2020: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals." **Geneva**: World Health Organization.

KESSLER, R. C., et al. "Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)." **Archives of General Psychiatry**. 2005.

MARMOT, M. (2005). "Social determinants of health inequalities." **Lancet**.

STRONG, K., MATHERS, C., LEEDER, S., BEAGLEHOLE, R. (2006). "Preventing chronic diseases: how many lives can we save?" **Lancet**.
POPKIN, B. M. "The nutrition transition and obesity in the developing world." **Journal of Nutrition**. 2001.

WHITEFORD, H. A., et al. (2013). "Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010." **Lancet**.

KAWACHI, I., KENNEDY, B. P. "Health and social cohesion: why care about income inequality?" **BMJ**.1997.

CAPÍTULO 12

PROMOÇÃO E CUIDADO DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Amélia Raquel Lima de Pontes¹

Lenise Evelia Vieira da Silva²

Valter Lacerda Sousa³

Vitória Maria Damasceno Martins de Medeiros⁴

Rosa Martha Ventura Nunes⁵

Marriane Brito Macêdo⁶

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde (APS), é designada pelo conjunto de atribuições tanto de âmbito individual quanto coletivo no sentido de oferecer ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde. Apresentando-se como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, sendo o primeiro nível do processo contínuo de atenção à saúde, seguindo os princípios e diretrizes do SUS (Figueiredo *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2020).

¹ Enfermeira pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Especialista em Saúde Pública. Especialista/Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde – PRMAPS/UNIFIP. E-mail: araquel.lima@hotmail.com

² Fonoaudióloga (Centro Universitário João Pessoa- Unipe). e-mail: fgalenisevieira@gmail.com

³ Assistente Social pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Especialista em Direito Público. Especialista/Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde – PRMAPS/UNIFIP. E-mail: valterlacerda8@gmail.com

⁴ Graduanda do curso de Enfermagem, UNIFIP. E-mail: vitoriad.estudo@gmail.com

⁵ Enfermeira graduada pelas Faculdades Integradas de Patos. Mestre em Ciências da Saúde pela UNICSUL. Mestre em UTI pela SOBRATI. Especialista em Saúde Coletiva. Especialista em UTI.

⁶ Enfermeira (Faculdade Leão Sampaio). Especialista em Saúde da Família (Faculdades Integradas de Patos). Atuando na Atenção Primária à Saúde no município de Patos-PB.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada por meio da portaria Nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, determina atribuições a todos os profissionais da APS, das quais encontram-se: realizar a atenção absoluta à saúde da população; efetuar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de doenças e agravos; participar do acolhimento das pessoas, possibilitando atendimento humanizado, executando classificação de risco, distinguindo as necessidades de tratamento, responsabilizando-se pela continuidade do cuidado e facilitando a formação do vínculo (Brasil,2017).

A saúde mental vem conquistando espaço nas políticas públicas, decorrente do entendimento de que as pessoas portadoras de algum sofrimento psíquico têm suas ocupações habituais e relacionais prejudicadas, repercutindo também internamente decorrente do preconceito vivenciado por tais pessoas, exclusão, e o estigma que a saúde mental transporta historicamente (Filho; Bezerra, 2018).

A PNAB preconiza a promoção e a proteção como orientadoras para as atividades à nível primário através do desenvolvimento de ações interdisciplinares em uma equipe multiprofissional no oferecimento de um diagnóstico no cuidado da população, visando o atendimento íntegro da pessoa onde o cuidado é o imperativo ético-político que estrutura a ação técnico-científica e, deste modo, incentiva a participação das pessoas, ressaltando a sua autonomia e liberdade na atenção à saúde (Tuze *et al.*, 2023).

No âmbito primário do SUS as demandas de saúde mental são relevantes para a APS, tendo em vista a longitudinalidade da assistência nesse nível que é favorecida devido a aproximação com o indivíduo, família e comunidade em conhecer o seu contexto e manter a comunicação, favorecendo assim as atuações definidas no território inerente, dessa forma a assistência em saúde mental na APS é facilitada ao acesso dos profissionais aos usuários mutuamente (Gusmão *et al.*, 2022).

Segundo Rézio *et al.* (2022), “a Educação Permanente em Saúde (EPS) é um princípio político e pedagógico do Sistema Único de Saúde (SUS)”, que subsidia o trabalho desempenhado pelas equipes de saúde, reconhecendo as necessidades do cotidiano como desafios para ações intervencionistas inovadoras que contemplem a promoção e prevenção em saúde para a autonomia do cuidado das pessoas que são assistidas a partir da educação em saúde.

Entre as possibilidades de intervenções, são realizados os grupos terapêuticos, cujos são métodos intervencionistas inovadores utilizados por profissionais de forma associada nas práticas de cuidados, sendo de grande relevância, pois ao tratar o sofrimento mental são inevitáveis ações psicossociais em contraste com a técnica tradicional que sustenta uma conduta restringida à terapêutica medicamentosa (Gusmão *et al.*, 2022).

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A APS é tida como forma de acesso primordial das pessoas ao sistema de saúde, sendo diretamente associada a uma distribuição equitativa da saúde dentre as populações, sendo desde a implantação do SUS, sistema que segue os princípios de universalidade, integração e equidade, cujos são estabelecidos na Constituição Federal de 1988 (Tasca *et al.*, 2020).

Sendo assim, a assistência prestada pela APS deve considerar a dimensão individual dos usuários, e também as demandas que referem à família e à comunidade, pois tem sido formulada internacionalmente, na perspectiva de que seja o primeiro acesso do usuário com o sistema de saúde, e que sua participação se expanda pelas redes de atenção à saúde (RAS), que são formadas por outros níveis de ações e serviços (Pupo *et al.*, 2021).

No entanto, a APS tem como finalidade proporcionar o bem-estar, a saúde e atendimento a todos que necessitam, tendo como principal objetivo a prevenção a doenças e agravos da saúde, ao qual é necessário

a participação da população, prevenindo doenças de fácil controle de forma precoce, sejam interligadas ao funcionamento físico ou mental.

SAÚDE MENTAL

Os transtornos mentais representam uma carga de doença que resulta em danos nas relações familiares, acadêmicas e sociais das pessoas em todas as fases da vida em decorrência de tais transtornos, uma vez que se estima que, dos adultos, 30% em todo o mundo, atendem aos critérios de diagnósticos para algum tipo de distúrbio mental e que correspondem a aproximadamente 32,4% dos anos vividos com incapacidade (Lopes, 2020).

É recente o reconhecimento, no Brasil, de que a saúde mental é questão de saúde pública, devendo integrar o conjunto de ações do SUS, sendo importante abordar os aspectos de promoção e prevenção inerentes a saúde mental desde o primeiro nível de acesso aos serviços do SUS, contemplando assim ações na APS (Lopes, 2020).

A ocorrência das doenças mentais podem ocorrer em múltiplos ambientes influenciadas por diversos fatores, como: ambiente laboral prejudicado, desigualdade relacionada ao gênero e raça, condições e características do indivíduo e diversos outros fatores que podem ocasionar estresse e sensação de vulnerabilidade, que acabam por acarretar sinais e sintomas psicossomáticos, em razão disso torna-se necessário o acompanhamento destas pessoas por profissionais capacitados, tendo em vista que muitas vezes transfigura-se inacessível à grande parte da população (Campos *et al.*, 2020).

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF), são estabelecimentos da APS responsáveis pela assistência à saúde de uma população onde conta com equipes compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS) e equipe de saúde bucal, como equipe

mínima, porém podem receber a assistência de outros profissionais, ficando responsáveis por um território em específico (Tuze *et al.*, 2023).

De acordo com a prática da psicologia nas UBS e USF, existe uma constante tensão entre ações preventivas e curativas, pois existe uma elevada demanda para o tratamento de doenças, e uma redução nas ações preventivas e de promoção de saúde mental, além de que existe uma enorme pressão de cumprimento de metas estabelecidas pelos órgãos fiscalizadores de conduta, no entanto, dentre outras atuações do psicólogo, temos: ações que se voltam a orientação, psicodiagnósticos e psicoterapia, visitas domiciliares, matriciamento, atividades comunitárias e grupos educativos formado pela equipe multiprofissional (Tuze *et al.*, 2023).

O espaço de diálogo promovido pelo acompanhamento psicológico consegue promover mudanças duradouras na saúde mental dos pacientes atendidos na APS, melhorando autoconhecimento, melhoria da comunicação, aprendendo como lidar com os sentimentos e na qualidade de vida como um todo (Etcheverry, Janovik, Silva, 2023).

Assim, junto com o profissional da psicologia, toda a equipe multiprofissional que desempenha ações na APS pode contribuir com atribuições interligadas a promoção e prevenção da saúde mental.

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A implementação do novo modelo de cuidado em saúde mental no Brasil teve como objetivo ofertar um novo lugar social para o sofrimento mental, sendo assim, a Reforma Psiquiátrica brasileira buscou estabelecer o processo de desconstrução dos modelos manicomial e uma prática de cuidado em que o paciente se torne ativo e não apenas objeto de intervenção, impulsionada por desenvolver-se em conjunto com os processos de democratização e participação social, a criação do SUS e a luta por justiça social e equidade (Sampaio, Júnior, 2021).

Dessa forma, mostra-se relevante para o cuidado aos pacientes portadores de transtorno mental (TM) a ampliação do escopo de ações

na APS nessa área, porém, sabe-se que as equipes não estão totalmente habilitadas para assistir pacientes com transtorno mental, sendo necessário capacitação para identificar e praticar melhores abordagens, e também fazer a integração de profissionais da APS com profissionais de saúde mental apresenta-se uma boa estratégia de solução (Salgado, Fortes, 2021).

Porém, relatos apontam que há resistência dos pacientes, e também das famílias, em procurar a APS para tratar questões vinculadas à saúde mental (SM), pois são tidas como tabus que geram um grande preconceito e estigmatização, ou que muitas vezes o próprio paciente não aceita a condição que está acometido (Gama *et al.*, 2021).

As propostas de integrações buscam identificar de forma precoce os transtornos para facilitar, assim, o tratamento, manejo clínico, encaminhamento para outros níveis quando necessário, e a prevenção e promoção da SM, pois torna o cuidado mais acessível, disponível e aceito pela população (Gama *et al.*, 2021).

Portanto, a área de saúde mental é um grande desafio para os profissionais da APS devido à complexidade dos TM, pois existe uma carga elevada de doença que podem estar conectados entre problemas de saúde física e mental, e aliado a dificuldade dos médicos generalistas em manejar questões de renovações de receitas, pois é uma demanda atendida sem questionamentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, a SM na APS deve ser vista como uma atribuição relevantes a todos os profissionais que atuam nela, pois a saúde mental não está separada da saúde física, para um pleno bem-estar do usuário, é necessário assisti-lo em sua totalidade, contemplando os aspectos de promoção e prevenção da saúde mental.

Dessa forma, faz necessário uma maior oferta de profissionais de outras categorias para abarcar o atendimento multiprofissional em saúde mental, espaços adequados para realização de atividades, educações em saúde, um maior apoio por parte do poder público de

incentivo as ações que possam ser realizadas, além de intensificação na unidade de saúde acerca das discussões sobre saúde mental.

É necessário a mobilização dos profissionais em repassar a importância da prevenção e promoção com a saúde mental e não somente os cuidados com o sofrimento e/ou adoecimento mental, para isso é relevante a Educação Permanente em Saúde para estar abrangendo tal temática e dentre outras que necessitam de intervenções evitando assim novos números de acometidos, ajudando assim na redução do estigma e sofrimento mental da população em geral.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica; Brasília –DF. 2017.

CAMPOS, Françoise Magalhães et al. Estresse ocupacional e saúde mental no trabalho em saúde: desigualdades de gênero e raça. **Cadernos saúde coletiva**, v. 28, p. 579-589, 2020.

ETCHEVERRY, Franciele Rodrigues; JANOVIK, Mayara Squeff; DA SILVA, Fabiana Guilhermano. Autoexpressão: efeitos da escuta no cuidado em saúde mental na Atenção Básica em Saúde. **Revista Polis e Psique**, v. 13, n. 2, p. 29-56, 2023.

FIGUEIREDO, Eugênia Bridget Gadêlha et al. “Observatório em Saúde Mental” como dispositivo de educação permanente na Atenção Primária à Saúde. **Revista de APS**, v. 24, n. 3, 2021.

FILHO, José Adelmo da Silva; BEZERRA, Adriana de Moraes. Acolhimento em Saúde Mental na atenção primária a saúde: Revisão Integrativa. **ID on line. Revista de psicologia**, v. 12, n. 40, p. 613-627, 2018.

GAMA, Carlos Alberto Pegolo da et al. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de Saúde Mental: perspectivas e desafios. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, 2021.

GUSMÃO, Ricardo Otávio Maia et al. Atuação do enfermeiro em saúde mental na estratégia de saúde da família. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 10, n. 1, p. 1-6, 2022.

LOPES, Claudia de Souza. Como está a saúde mental dos brasileiros? A importância das coortes de nascimento para melhor compreensão do problema. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.

RÉZIO, Larissa de Almeida et al. A dramatização como dispositivo para a Educação Permanente em Saúde Mental: uma pesquisa-intervenção. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, 2022.

SALGADO, Manoela Alves; FORTES, Sandra Lucia Correia Lima. Indicadores de saúde mental na atenção primária à saúde: avaliando a qualidade do acesso através da capacidade de detecção de casos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00178520, 2021.

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. e00042620, 2021.

SANTOS, Jomábia Cristina Gonçalves et al. Acolhimento aos pacientes com necessidades de saúde mental na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária a Saúde de Iguatu-CE. **Revista de APS**, v. 23, n. 3, 2020.

TASCA, Renato et al. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, 2020.

TUZE, Ana Heloiza et al. A psicologia e o trabalho multiprofissional na atenção primária à saúde: vivências em uma unidade básica de saúde na cidade de São Paulo. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, v. 13, n. 37, p. 12-26, 2023.

PUPO, Ligia Rivero et al. Saúde mental na Atenção Básica: identificação e organização do cuidado no estado de São Paulo. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 107-127, 2021.

CAPÍTULO 13

DA EQUIPE DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS À PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE E HANSENÍASE NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Amanda Vitória Alves de Oliveira¹

Amélia Raquel Lima de Pontes²

Fabício Oliveira Gonçalves³

Valter Lacerda Sousa⁴

Carmen Silva Alves⁵

Fransuélío Félix do Nascimento⁶

INTRODUÇÃO

¹ Assistente Social pela Universidade Norte do Paraná (Unopar). Especialista em Gestão de Políticas Públicas (UFCG). Especialista em Atenção Primária à Saúde (UNIFIP). E-mail: amandvess402@gmail.com

² Enfermeira pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Especialista em Saúde Pública. Especialista/Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde – PRMAPS/UNIFIP. E-mail: araquel.lima@hotmail.com

³ Profissional de Educação Física, graduado pela Universidade Cesumar (UniCesumar). E-mail: fabriciofog13@gmail.com

⁴ Assistente Social pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Especialista em Direito Público. Especialista/Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde – PRMAPS/UNIFIP. E-mail: valterlacerda8@gmail.com

⁵ Assistente Social pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Orientadora/Tutora do Núcleo de Serviço Social do PRMAPS e do PRMSM/UNIFIP. E-mail: carmenalves1@fiponline.edu.br

⁶ Enfermeiro pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Especialista Multiprofissional em Saúde das Famílias e das Comunidades pela Universidade Federal de Pernambuco UFPE, Especialista em Urgência, Emergência e Unidade de Terapia Intensiva pelas Faculdades Integradas de Patos FIP. Especialista em Preceptoria Multiprofissional na Área da Saúde. Preceptor do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde PRMAPS/UNIFIP. Conselheiro da COREMU/UNIFIP. E-mail: fransueliofn@gmail.com

A tuberculose e a hanseníase são doenças que atravessam os séculos, acompanhando a evolução do homem e da sociedade, porém, ao longo dos anos elas tornaram-se predominantes em um perfil específico da população, as quais são geralmente pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade/risco social. Batista e Santos sinalizam que “a doença refletia as condições de trabalho, moradia, alimentação e higiene desses, como consequência, todo o grupo era atingido pela doença” (Batista e Santos, 2004).

Diante às consequências desses fatos, ainda se ressaltam a segregação dos usuários com diagnóstico e em tratamento, que se encontram à margem da sociedade, tendo em vista o modo de produção capitalista, o qual propicia tamanha desigualdade, e que também contribui para o acirramento da desigualdade social presente no Brasil (tido como um dos países de maior desigualdade do mundo).

Sendo assim, a pesquisa apresenta-se relevante, enquanto contribuição para as equipes de Residentes Multiprofissionais em APS, além de proporcionar um leque de informações e esclarecimentos aos usuários do serviço. Conquanto, há um número significativo de pacientes diagnosticados no território onde a equipe de residentes atua, sendo um território marcado por iniquidades e vulnerabilidades e que uma vez acometidos por essas doenças precisam de uma atenção para além da doença biológicas, mas uma ampliação da atuação da equipe para os fatores que estão associados ao surgimento dessas situações.

Diante da exposição da problematização do objeto, o trabalho traz como objetivo geral a análise do processo de acompanhamento às pessoas curadas e em tratamento de tuberculose e hanseníase, a partir das ações da equipe de residência multiprofissional, no âmbito da Atenção Primária à Saúde; além de buscar identificar as ações realizadas pela a equipe da Residência Multiprofissional junto às pessoas e verificar a participação da população nas ações de educação em saúde no território sobre Hanseníase e Tuberculose.

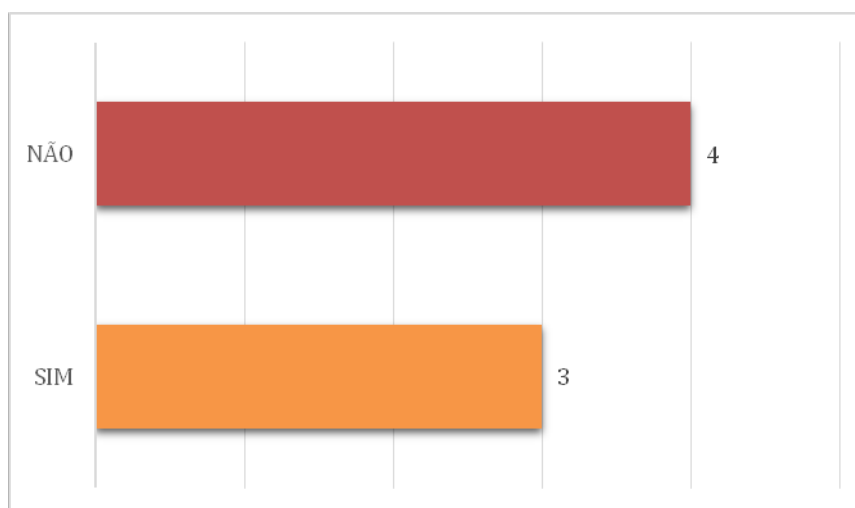
Este estudo originou da observação feita a partir da experiência desenvolvida junto ao Programa de Residência Multiprofissional a Atenção Primária à Saúde, que tem o Centro Universitário de Patos – UNIFIP, enquanto instituição formadora, cuja atividades de práticas realizaram-se nas unidades de saúde da família (USF's), situadas na zona urbana. O estudo se caracterizou enquanto um a pesquisa de campo de abordagem quantitativa e de cunho descritivo, tendo em vista a intenção de verificar o processo de acompanhamento das equipes de residentes multiprofissionais que atuaram no território, compreendendo o período de 2020 a 2023. A coleta dos dados foi realizada por meio de um questionário semiestruturado com base em perguntas objetivas, sendo essas elaboradas de acordo com o tema e os objetivos da pesquisa.

Os critérios propostos de inclusão detiveram-se nos casos em acompanhamento de pessoas curadas e em tratamento para Tuberculose e Hanseníase no território adscrito em uma das Unidade de Saúde da Família, a qual faz parte do Distrito Geo Administrativo (DGA 2), compreendendo inicialmente, apenas 07 pessoas, assim discriminados: 05 pacientes com tuberculose e 02 com hanseníase. A análise quantitativa buscou estabelecer as categorias para análise, para codificação das informações; tabulação e distribuição de frequências, fase em que utilizamos de tabelas e gráficos; b) quanto a leitura dos dados qualitativos, utilizou-se a análise de conteúdo (Bardin, 2011). Salientamos ainda, que a leitura analítica da realidade leva em conta a perspectiva crítico dialética, considerando a matriz de formação do Serviço Social Contemporâneo, pois a adoção desta linha parte da realidade concreta que, ao mesmo tempo que transforma, também é transformada.

Ações das equipes de residentes multiprofissionais para acompanhamento da Hanseníase e Tuberculose

A implantação de equipes de residentes multiprofissionais nos territórios adscritos se tornou de extrema importância para a efetivação de ações relacionadas à Atenção Primária em Saúde, porém, a fase da pandemia da covid-19, influenciou negativamente o acesso à população em situação em risco e contágio, o que podemos verificar que houve impedimentos significativos de acesso à população entre os anos de 2020-2022, Desta forma, apenas em 05 de maio de 2023 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o fim da Emergência de Saúde Pública. Conforme a pesquisa revelou que 04 dos usuários tiveram consulta domiciliar durante o tratamento com a Equipe de Residentes Multiprofissionais em Atenção Primária à Saúde e 03 deles não tiveram consulta domiciliar durante o tratamento. Vejam-se no gráfico 02:

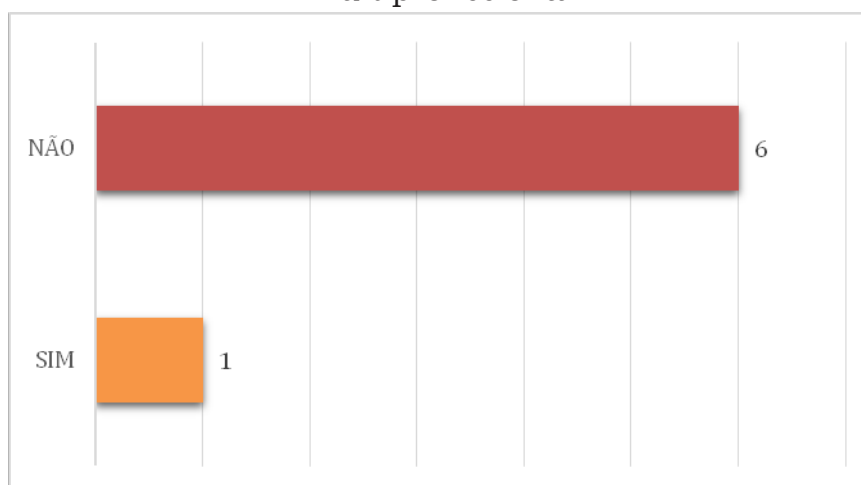
Gráfico 02 – Realização de consultas domiciliares pelos residentes



Fonte: Própria, pesquisa de campo, PRMAPS – Patos/PB, 2023.

Logo em seguida perguntou-se ao usuário sobre seu conhecimento a respeito da existência das equipes de Residência Multiprofissional na unidade de saúde, logo, a pesquisa mostrou que 06 responderam que não sabiam do Programa de Residência Multiprofissional, e apenas 01 pessoa respondeu que tinha conhecimento, apontando sobre ocasião de vínculos estabelecido ao buscar o serviço de saúde:

Gráfico 03 – Conhecimentos dos entrevistados sobre a equipe multiprofissional



Fonte: Própria, pesquisa de campo, PRMAPS – Patos/PB, 2023

A equipe de Residência Multiprofissional na APS tem como objetivo a qualificação de recursos humanos da área da saúde por meio de uma especialização *lato sensu*, mas também para potencializar a atenção e cuidado no serviço que é porta de entrada do Sistema de Saúde Pública cuja é a Unidade de Saúde da Família, entretanto, a pesquisa mostrou que há uma significativa parcela dos usuários que desconhecem esta equipe (mesmo tendo contato direto com ela na USF) acarretando conseqüentemente a sua desvalorização e irrelevância dentro da USF por parte dos entrevistados.

As equipes das USF já são formadas por equipes multiprofissionais, porém a equipe de Residência Multiprofissional busca somar com os saberes das diversas categorias na área da saúde que geralmente não estão inseridas como parte da equipe nas Unidades. Alguns fatores podem estar associados a este desconhecimento por parte da população, como a ausência de disseminação das informações por parte da equipe, a fragilização do acesso a informações ocasionada pela baixa escolaridade da população, como também uma atuação dos profissionais de maneira fragmentada e/ou isolada, tendo em vista que é preciso considerar que a formação acadêmica das categorias que atuam nas UBS/USF muitas vezes não proporciona uma experiência de convívio com outras categorias, e com isso não atuam de maneira

ampliada no cuidado dos usuários partindo apenas do aspecto biologicista centralizador e desconsiderando uma apreensão crítica da realidade.

Em relação a fragilização do acesso à informação pela baixa escolaridade se configura como uma manifestação da questão social, geralmente está atrelada a dificuldade de acesso a informações sobre a própria doença, como se dá o tratamento e os direitos enquanto acometido pela doença. Com isso, torna-se necessário que a própria equipe trabalhe na disseminação das informações e benefícios que a população terá com a presença de uma equipe de Residência Multiprofissional em seu território, utilizando a ferramenta de educação em saúde proposta pela PNAB, como também o fortalecimento da participação da população nos espaços de decisões, como os Conselhos de Saúde.

Participação da população nas ações de educação em saúde no território sobre Hanseníase e Tuberculose

Posto isto, a PNAB (2012) preconiza como atribuição de todos os membros da equipe de AB a realização de ações de educação em saúde para população adscrita no território, como também o planejamento dessas ações de acordo com a demanda apresentada pelo perfil da população de cada território. Uma vez que, a mesma política traz como foco o cuidado centrado na pessoa, esta ferramenta busca potencializar o acesso a informações e à autonomia do usuário nas tomadas de decisões sobre sua saúde.

Um dado coletado nesta pesquisa, que se demonstrou extremamente negativo, diz respeito as discussões que são possibilitadas pela Educação em Saúde, realizadas geralmente em espaços protegidos e em formato de rodas de conversa, favorecendo a participação dos presentes. No entanto, todos os respondentes afirmaram nunca terem participado desses momentos envolvendo temáticas sobre TB e/ou Hanseníase.

A partir da observação do cotidiano, os dados dessa pesquisa reforçaram que nesta USF há uma ausência do processo de educação

em saúde para a população sobre essas doenças. Além disso, Araújo *et al* (2018, p. 650) afirmam que “o processo metodológico das atividades educativas deve emergir a partir dos problemas cotidianos, que apresente um sentido na vida das pessoas e que envolvam temas transversais, por meio da interdisciplinaridade”. A educação em saúde deve ser realizada de maneira a tornar o paciente um sujeito ativo e não passivo durante a realizações das palestras, grupos ou outros métodos escolhidos pela equipe de maneira a prevenir as doenças crônicas e seus agravos.

O processo de educação em saúde deve romper a barreira corretiva e/ou impositiva e ir ao encontro com os determinantes e condicionantes de saúde. Desta forma, mesmo diante da relevância do processo de educação em saúde, faz-se necessário salientar que o indivíduo está inserido em um contexto sócio-histórico o qual traz determinantes que impõe hábitos e não cuidados da saúde, ou seja, as expressões da questão social como baixo nível de escolaridade, precarização dos vínculos trabalhistas, insegurança alimentar, ausência de saneamento básica, entre outros. Essas expressões atuam nas escolhas e modo de vida das pessoas, ultrapassando muitas vezes a autonomia e escolha quando se trata de cuidados com a saúde, uma vez que não se pode desassociar o indivíduo de seu meio.

Seguindo o que é orientado, no âmbito do Sistema Único de Saúde, salienta-se que o trabalho de educação em saúde deve ser tratado como prioridade afim de promover melhor qualidade de vida, prevenindo o abandono tratamento e/ou a evasão do território sem os devidas orientações relacionadas ao tratamento. Porém, destaca-se que “os profissionais ainda encontram inúmeras barreiras para a execução de atividades de educação em saúde na rotina dos serviços, entre elas, a falta de material, espaço inadequado e pouco apoio da gestão” (Roecker *et al*, 2012).

A ferramenta de educação em saúde também visa fortalecer a participação social nos espaços de representação dos conselhos, sendo estes espaços privilegiados de discussão e formulação no que se refere o

protagonismo necessário dos usuários. Dessa forma, ressalta-se o reconhecimento e importância da participação da rede de serviço, a articulação e participação da sociedade civil nos espaços de decisão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais das USF's e residentes da equipe multiprofissional devem executar um acompanhamento para além da supervisão do uso de medicação, mas focando em atividades socioeducativas, reuniões ao longo do tratamento e consultas, elevando a autoestima e valorização ao término do tratamento, sempre associando os fatores sociais ao longo do processo.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Traduzido por Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BATISTA, Leandra de Paula Santos. E SANTOS, Claudia Cristina Cruz dos. **A implementação do Programa de Controle de Tuberculose em Duque de Caxias A partir do Perfil do Obituário dos Pacientes no Município de Duque de Caxias**. Monografia de Conclusão de Curso de Serviço Social. Faculdade de Serviço Social Santa Luzia. Duque de Caxias, 2004.

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

ROECKER S, Budó MLD, Marcon SS. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Rev Esc Enferm USP**. 2012;46(3):641-9.

SOBRE OS AUTORES

Ana Paula Dantas da Silva Paulo - Enfermeira Auditora. Especialista em Metodologias Ativas para Ensino Superior. Mestre em enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba e Doutora em Ciências da Saúde com Ênfase em Pesquisa, Clínica e Cirurgia pela Faculdade Ciências Médicas Santa Casa de São Paulo. E-mail: ap-dantas@hotmail.com

Anne Milane Formiga Bezerra - Enfermeira Doutora em Ciências da Saúde pela FSCMSP. Mestre em Sistemas Agroindustriais. Especialista em Urgência e Emergência, Enfermagem do Trabalho e Metodologias ativas do Ensino Superior. Docente da UNIFIP do Curso Bacharelado em Enfermagem.

Amanda Vitória Alves de Oliveira - Assistente Social pela Universidade Norte do Paraná (Unopar). Especialista em Gestão de Políticas Públicas (UFCG). Especialista em Atenção Primária à Saúde (UNIFIP). E-mail: amandvess402@gmail.com

Amélia Raquel Lima de Pontes - Enfermeira pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Especialista em Saúde Pública. Especialista/Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde – PRMAPS/UNIFIP. E-mail: araquel.lima@hotmail.com

Carmen Silva Alves - Assistente Social pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Orientadora/Tutora do Núcleo de Serviço Social do PRMAPS e do PRMSM/UNIFIP. E-mail: carmenalves1@fiponline.edu.br

Claúdia Morgana Soares - Graduação Medicina Veterinária. Mestre em Medicina Veterinária. Funcionária Pública Função Médica Veterinária. Docente do ensino superior. Atua na área preventiva e segurança alimentar. E-mail claudiamorganavet2@gmail.com

Clebson Veríssimo da Costa Pereira - Mestre em Ciências da Saúde – FCMSCSP. Especialização em Enfermagem em Infectologia. Representante da Sociedade Brasileira de Imunizações na Paraíba. Instrutor de Treinamento em Sala de Vacina pelo ISC/UFBA.

Denisy Dantas Melquíades Azevedo - Mestre em Ciências da Saúde. Especialista em UTI, Urgência e Emergência e Metodologias Ativas para Educação. denisymelquiades@fiponline.edu.br

Elicarlos Marques Nunes – Enfermeiro, Doutor em Ciências da Saúde pela FCMSCSP. Professor Adjunto, Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de Campina Grande. Elicarlos.marques@professor.ufcg.edu.br

Érica Surama Ribeiro César Alves – Mestre ciências da saúde. UNICSUL. Docente UNIFIP

Erta Soraya Ribeiro César Rodrigues – Enfermeira Obstetra. Mestre em Ciências da Saúde UNICSUL –SP

Fabrcio Oliveira Gonçalves - Profissional de Educação Física, graduado pela Universidade Cesumar (UniCesumar). E-mail: fabriciofog13@gmail.com

Fransuélío Félix do Nascimento - Enfermeiro pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Especialista Multiprofissional em Saúde das Famílias e das Comunidades pela Universidade Federal de Pernambuco UFPE, Especialista em Urgência, Emergência e Unidade de Terapia Intensiva pelas Faculdades Integradas de Patos FIP. Especialista em Preceptoría Multiprofissional na Área da Saúde. Preceptor do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde PRMAPS/UNIFIP. Conselheiro da COREMU/UNIFIP. E-mail: fransueliofn@gmail.com

Fernanda Barbosa Freitas – Acadêmica do Curso de Bacharelado em Biomedicina

Ianne Stéfani Angelim Vieira – Mestre em Saúde da Criança e da Mulher pelo Instituto Fernandes Figueira - Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz). Especialista em Atenção Primária à Saúde pela modalidade de Residência Multiprofissional do Centro Universitário de Patos (UNIFIP). Especialista em Saúde da Mulher pela DNA Pós-graduação. E-mail: iannevieira.enf@gmail.com

Jeysica Paloma Medeiros dos Santos – Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande/UFCG e Pós-graduada em Docência do Ensino Superior e Urgência e Emergência. Residente Multiprofissional em Saúde Mental.

Juliana de Carvalho Gomes – Especialista em Saúde da Família Cuidado Pré Natal e Obstetrícia . julianac.gomes83@gmail.com

Juliane de Oliveira Costa – Enfermeira. Pós-Doutorado em Ciências da Saúde FCMSCSP. Doutorado em Ciências da Saúde FCMSCSP.

Especialista em Saúde da Família e Metodologias da Aprendizagem no Ensino Superior (UNIFIP). Docente UNIFIP. Membro do Comitê de Ética (UNIFIP)

Josué Brito Gondim – Radiologista-UNIFIP. Especialista Radioterapia - FATAP. Mestre em Inovação Terapêutica- UFPE

Hellen Maria Gomes Araújo de Souza – Mestre em ciências da saúde pela FCMSCSP-SP. Docente UNIFIP da Disciplina de Cirúrgica II

Laysa Gabrielle Silva Medeiros – Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Católica de Santos - São Paulo. Especialista em Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica - Faculdade Redentor, Rio de Janeiro. Especialista em Metodologias Ativas de Ensino Superior – UNIFIP. Docente de Fisioterapia UNIFIP. Tutora do Núcleo de Fisioterapia das Residências Multiprofissionais em Atenção Primária à Saúde e Saúde Mental – UNIFIP

Lenise Evellia Vieira Silva – Fonoaudióloga (Centro Universitário João Pessoa- Unipe). e-mail: fgalenisevieira@gmail.com

Letícia de Sousa Eduardo – Enfermeira pela UFCG. Residente em Atenção Primária à Saúde pela Unifip. leticialivesousa@gmail.com

Luciana Ferreira Monteiro e Oliveira – Enfermeira. Mestre em ciências da saúde pela Universidade Cruzeiro do Sul - São Paulo –SP. Especialista em Saúde da Família. Especialista em Terapia intensiva. Especialista em Gestão em Serviços de Saúde

Malba Gean Rodrigues de Amorim. Médica veterinária. Doutora em Medicina veterinária pela UFCG. Docente do UNIFIP

Maria Luisa Formiga Bezerra – Acadêmica do Curso de Nutrição UNIFIP

Marriane Brito Macêdo – Enfermeira (Faculdade Leão Sampaio). Especialista em Saúde da Família (Faculdades Integradas de Patos). Atuando na Atenção Primária à Saúde no município de Patos-PB

Mona Lisa Lopes dos Santos Caldas – Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Acadêmica de Medicina. monasantos@fiponline.edu.br

Priscilla Costa Melquíades Menezes – Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde pela UNICSUL-SP. e-mail: priscillamenezes@fiponline.edu.br

Rosa Martha Ventura Nunes – Enfermeira graduada pelas Faculdades Integradas de Patos. Mestre em Ciências da Saúde pela UNICSUL. Mestre em UTI pela SOBRATI. Especialista em Saúde Coletiva. Especialista em UTI.

Silvia Ximenes Oliveira. Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Docente do Centro Universitário UNIFIP. silviaximeneso@gmail.com

Tarciana Sampaio Costa – Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. E-mail: tarcianacosta@fiponline.edu.br

Thoyama Nadja Felix de Alencar Lima – Enfermeira Obstetra. Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – FCMSCSP. Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Católica de Santos - UNISANTOS, professora do Centro Universitário de Patos – UNIFIP. Funcionária pública da Fundação Paraibana de Gestão em Saúde – PBSAÚDE

Valter Lacerda Sousa – Assistente Social pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Especialista em Direito Público. Especialista/Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde – PRMAPS/UNIFIP. E-mail: valterlacerda8@gmail.com

Vitória Maria Damasceno Martins de Medeiros – Graduanda do curso de Enfermagem, UNIFIP. E-mail: vitoriad.estudo@gmail.com

SAÚDE COLETIVA: TENDÊNCIAS PARA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

O livro traduz uma contextualização da Saúde Coletiva no cenário brasileiro, refletindo a necessidade de uma saúde pública mais integrada e sustentada que quebre barreiras de acesso a serviços de qualidade com foco na equidade, atentando com veemência aos impactos ambientais, climáticos e animais sobre a saúde das populações, ressaltando a importância da vigilância em saúde para o controle de doenças e a disseminação de informações que antecipa surtos e implementa medidas para mitigar riscos a saúde da população.

Dentre as doenças que assolam o cenário brasileiro, os autores discutem ações para erradicar, gerir e prevenir riscos para a saúde de pessoas acometidas por Dengue, Zika, Chikungunya, Febre amarela, Tuberculose, Hanseníase, HIV/AIDS e COVID-19, de forma contínua e multiprofissional, dado o impacto não somente na saúde pública, mas na perda de produtividade que reverbera em diversos segmentos populacionais.

Home Editora
CNPJ: 39.242.488/0002-80
www.homeeditora.com
contato@homeeditora.com
91988165332
Tv. Quintino Bocaiúva, 23011 - Batista
Campos, Belém - PA, 66045-315

