

VANESSA DO AMARAL TINOCO
LUCAS CAPITA QUARTO
DAVYSON GERHARDT DE SOUZA
LEO RIBEIRO CHIARELLI
ORGANIZADORES

ESTUDOS CONTEMPORÂNEOS SOBRE

SAÚDE DA FAMÍLIA



2022

VANESSA DO AMARAL TINOCO
LUCAS CAPITA QUARTO
DAVYSON GERHARDT DE SOUZA
LEO RIBEIRO CHIARELLI
ORGANIZADORES

ESTUDOS CONTEMPORÂNEOS SOBRE

SAÚDE DA FAMÍLIA



2022

2022 by Editora e-Publicar
Copyright © Editora e-Publicar
Copyright do Texto © 2022 Os organizadores
Copyright da Edição © 2022 Editora e-Publicar
Direitos para esta edição cedidos
à Editora e-Publicar pelos organizadores

Editora Chefe

Patrícia Gonçalves de Freitas

Editor

Roger Goulart Mello

Diagramação

Roger Goulart Mello

Dandara Goulart Mello

Projeto gráfico e Edição de Arte

Patrícia Gonçalves de Freitas

Revisão

Os organizadores

ESTUDOS CONTEMPORÂNEOS SOBRE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Todo o conteúdo dos capítulos, dados, informações e correções são de responsabilidade exclusiva dos organizadores. O download e compartilhamento da obra são permitidos desde que os créditos sejam devidamente atribuídos aos organizadores. É vedada a realização de alterações na obra, assim como sua utilização para fins comerciais.

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

Conselho Editorial

Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade Federal de Santa Catarina

Alessandra Dale Giacomini Terra – Universidade Federal Fluminense

Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa

Andrelize Schabo Ferreira de Assis – Universidade Federal de Rondônia

Bianca Gabriely Ferreira Silva – Universidade Federal de Pernambuco

Cristiana Barcelos da Silva – Universidade do Estado de Minas Gerais

Cristiane Elisa Ribas Batista – Universidade Federal de Santa Catarina

Daniel Ordane da Costa Vale – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes

Dayanne Tomaz Casimiro da Silva - Universidade Federal de Pernambuco

Deivid Alex dos Santos - Universidade Estadual de Londrina

Diogo Luiz Lima Augusto – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Edilene Dias Santos - Universidade Federal de Campina Grande

Edwaldo Costa – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Elis Regina Barbosa Angelo – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Ernane Rosa Martins - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás

Ezequiel Martins Ferreira – Universidade Federal de Goiás

Fábio Pereira Cerdera – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Francisco Oricelio da Silva Brindeiro – Universidade Estadual do Ceará

Glaucio Martins da Silva Bandeira – Universidade Federal Fluminense

Helio Fernando Lobo Nogueira da Gama - Universidade Estadual De Santa Cruz



Inaldo Kley do Nascimento Moraes – Universidade CEUMA
Jesus Rodrigues Lemos - Universidade Federal do Delta do Parnaíba
João Paulo Hergesel - Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Jose Henrique de Lacerda Furtado – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Jordany Gomes da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Jucilene Oliveira de Sousa – Universidade Estadual de Campinas
Luana Lima Guimarães – Universidade Federal do Ceará
Luma Mirely de Souza Brandão – Universidade Tiradentes
Marcos Pereira dos Santos - Faculdade Eugênio Gomes
Mateus Dias Antunes – Universidade de São Paulo
Milson dos Santos Barbosa – Universidade Tiradentes
Naiola Paiva de Miranda - Universidade Federal do Ceará
Rafael Leal da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Rita Rodrigues de Souza - Universidade Estadual Paulista
Rodrigo Lema Del Rio Martins - Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Willian Douglas Guilherme - Universidade Federal do Tocantins

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

E82 Estudos contemporâneos sobre saúde da família [livro eletrônico] /
Organizadores Vanessa do Amaral Tinoco... [et al.]. – Rio de
Janeiro, RJ: e-Publicar, 2022.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-5364-087-0
DOI 10.47402/ed.ep.b202216210870

1. Saúde – Atenção primária. 2. Família – Saúde. 3. Saúde
pública. I. Tinoco, Vanessa do Amaral. II. Quarto, Lucas
Capita. III. Souza, Davyson Gerhardt de. IV. Chiarelli, Leo
Ribeiro. CDD 362.82

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Editora e-Publicar
Rio de Janeiro, Brasil
contato@editorapublicar.com.br
www.editorapublicar.com.br



2022

Apresentação

A presente obra intitulada “Estudos contemporâneos sobre Saúde da Família” é composta por capítulos que abordam múltiplos debates relacionados ao tema Saúde da Família.

Desejamos a todos uma excelente leitura!

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	5
CAPÍTULO 1	10
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: HISTÓRIA E ASPECTOS GERAIS	10
	Artur José Cabral Eduarda Medeiros Graciano Júlia Lyra Brasil Viana Letícia Figueira da Silva Maia Mariana Novaes Leite Duarte de Castro Nathália Diniz Pereira Rafaela Carlos do Amaral Braga Mesquita
CAPÍTULO 2	20
ABORDAGEM AO SOBREPESO E OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	20
	Renan Mello de Souza Guilherme Felix Bastos Dominic Diniz Cardoso Moreira Andressa do Amaral Machado Laura Terra Lannes Bussade Caroline de Oliveira Carvalho Thalia Alves Costa de Freitas
CAPÍTULO 3	32
A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CÂNCER DE MAMA.....	32
	Hugo Gomes França Ingrid Dayana Macedo de Oliveira Larissa Maria Caetano dos Santos Marcos Nicolau Marinho Danielli Rayssa Baldas Loureiro Magesty Tavares Vitor Valente Fiorio
CAPÍTULO 4.....	40
ATUAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	40
	Eduardo Daibes Pereira Gabriel Pessanha Gonçalves Silva Kevynn Medina Mayerhofer Livia Luiza Santos Gouveia Murilo Satolo Gualandi Rachel Maria Bastos Silva

CAPÍTULO 5	48
IMPORTÂNCIA DA PUERICULTURA NA ATENÇÃO BÁSICA	48
Alessandra Nacif Pinheiro Morucci	
Ana Beatriz Marques Ferreira da Silva	
Isabella Oliveira Rios	
Loren Escocard Lopes	
Mariana Caraline Castelo Branco Duarte	
Mariana Viana Santos	
Sávio Rubens Pereira da Silva	
CAPÍTULO 6	53
A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A SAÚDE MENTAL.....	53
Andresa Maria Eccard André	
Aonan de Oliveira dos Santos	
Eduarda Ribeiro Tavares	
Mateus Taveira Cleveland	
Miguel Costa Duarte da Silva	
Pedro Nogueira Chaves	
Wallace Rodrigues Tamara Netto	
Vanessa do Amaral Tinoco	
CAPÍTULO 7	71
A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A DIABETES MELLITUS.....	71
Homero Terra Padilha Filho	
Izaías Paiva Júnior	
Antônio Jacomini da Silva Sobral	
Maria Clara Teixeira Pinto	
Raysa Fontes Martins	
Sabrina Farias da Silva	
Sabrina Silva de Andrade	
CAPÍTULO 8	80
A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)	80
Isadora Rodrigues Martins	
Júlia Freitas Cesário Cordeiro	
João Paulo Nabas Rocha	
Lucas Cuzzuol Belém	
Neila Pimenta Vieira	
Paola Pimenta Vieira	
Pedro Neves Motta Simão	

CAPÍTULO 9 87

A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA 87

Evandro Santana Júnior
Guilherme Balbi de Jesus
Jairo do Norte Lasmar Marques
Juan Gabriel Pena Dias
Lyara Alves Lorenzini
Rayssa Ferreira da Silva Ribeiro
Thais Berbert Gomes

CAPÍTULO 10 98

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA SAÚDE PÚBLICA: UMA ANÁLISE CIENTÍFICA, E BASEADA EM EVIDÊNCIAS 98

Arthur Victor de Faria Rodrigues
Beatriz Gonçalves Bertani
Daniel Dib Fagundes Facó Hauaji
Gabrielly Siliprande Cardoso Rodrigues
Júlia D'Avila Barreira Pereira
Pedro Hugo Fernandes Tinoco
Saulo Machado Moreira Sousa

CAPÍTULO 1

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: HISTÓRIA E ASPECTOS GERAIS

Artur José Cabral, Mestre em Produção Animal pelo CCTA da Universidade Darcy Ribeiro (UNF). Pós-graduando em Neurociências pela Universidade Iguazu — campus V. Médico Veterinário (UFRRJ). Graduando em Medicina pela Universidade Iguazu — campus V.

Eduarda Medeiros Graciano, Graduanda em Medicina pela Universidade Iguazu – Campus V.

Júlia Lyra Brasil Viana, Graduanda em Medicina pela Universidade Iguazu – Campus V.

Leticia Figueira da Silva Maia, Graduanda em Medicina pela Universidade Iguazu – Campus V.

Mariana Novaes Leite Duarte de Castro, Mestre em Pesquisa Operacional e Inteligência Computacional pela Universidade Candido Mendes (UCAM). Graduada em Engenharia Mecânica em linha Mecatrônica pela Pontifícia Universidade Católica — PUC. Graduanda em Medicina pela Universidade Iguazu — campus V.

Nathália Diniz Pereira, Pós-graduada em Gestão Pública Municipal pela Universidade Federal Fluminense (UFF); graduada em Direito pela Universidade Iguazu — campus V. Graduanda em Medicina pela Universidade Iguazu — campus V.

Rafaela Carlos do Amaral Braga Mesquita, Graduanda em Medicina pela Universidade Iguazu – Campus V.

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS), tem uma grande importância na conferência internacional e vêm afirmando sua relevância na política federal e também no meio acadêmico como protótipo a ser adotado pelos gestores e profissionais. Este estudo, trata-se de uma pesquisa bibliográfica a partir de buscas nos bancos e bases de dados na área da saúde, em que foram acessadas por instrumento do portal da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), tais como LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), Scielo (Scientific Electronic Library Online) e MEDLINE (Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica). Neste contexto, tem como objetivo esclarecer e definir a partir de um olhar histórico e político, os inúmeros pontos da APS, salientando seus princípios, avanços e desafios e planejamento na esfera de saúde nacional. Conclui-se que, a APS é a porta entrada ao sistema de saúde e tendo a sua execução plena, faz com que o paciente tenha o seu tratamento integral e contínuo.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; SUS; Saúde Pública.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) has great importance in the international conference and has been affirming its relevance in federal policy and also in the academic environment as a prototype to be adopted by managers and professionals. This study is a bibliographic research based on searches in banks and databases in the health area, in which they were accessed by instrument of the Virtual Health Library (BVS) portal, such as LILACS (Latin American Literature in Health Sciences), Scielo (Scientific Electronic Library Online) and MEDLINE (Online System of Search and Analysis of Medical Literature). In this context, it aims to clarify and define, from a historical and political point of view, the numerous points of PHC, highlighting its

principles, advances and challenges and planning in the sphere of national health. It is concluded that, the PHC is the gateway to the health system and having its full implementation, makes the patient have their full and continuous treatment.

KEYWORDS: Primary Health Care; SUS; Public health.

INTRODUÇÃO

Desde 1960, a Atenção Primária à Saúde (APS) vem sendo adotada por diversos países com o intuito de trazer um acesso maior e mais eficaz do sistema de saúde aos usuários, assim como se tornar um modelo preventivo e coletivo, se diversificando do enfoque curativo, individual e hospitalar vistos em muitos sistemas tradicionais de saúde.

No Brasil, os princípios da reforma Sanitária exercem forte influência na APS, fazendo com que o Sistema Único de Saúde (SUS) abrace a ideia da Atenção Básica à Saúde (ABS) com o escopo de ressaltar um modelo assistencial embasado num sistema universal e integrado de atenção à saúde. Ou seja, múltiplos sentidos de APS estão em debate em questões políticas e acadêmicas na esfera organizacional de saúde.

De acordo com Fausto e Matta (2007) em vários momentos a APS tem sido observada como uma estratégia de atenção à saúde coletiva, enfocada na população mais vulnerável que ainda possui limitações ao acesso à saúde. Por outro lado, também levantaram a hipótese de um sentido mais amplo, sistêmico e integrado de APS, permitindo articulações intersensoriais em prol do desenvolvimento humano, econômico e social das populações.

Este texto tem o objeto de elucidar, descrever e discutir os diversos aspectos da APS numa perspectiva histórica e política, apontando seus princípios, seus avanços e desafios e planejamento no âmbito de saúde nacional.

Neste sentido, a forma como a APS é organizada, compreendida e operacionalizada é essencial para melhorar sua efetividade e equidade. Portanto, é de suma importância compreender o cenário em que estão inseridos os profissionais da saúde e os seus usuários para que realmente exista um sistema de saúde eficaz, acolhedor e de fácil acessibilidade a todos.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 CONCEITO E HISTÓRIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

A atenção primária à saúde (APS) é o primeiro nível de atendimento nos serviços de saúde, tendo como papel ser porta de entrada, para que dali os profissionais da saúde possam

ter posturas resolutivas e também sair dali a articulação daquele paciente dentro do sistema de saúde em outros níveis de complexidade (MOURA et al., 2010).

A primeira definição sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) foi proposta na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, que correspondia aos cuidados essenciais à saúde, baseados em tecnologias acessíveis, que levam os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, constituindo assim, o primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, apud GOMES et al., 2011).

A partir deste marco, vários autores vêm propondo definições sobre a APS, com destaque a pesquisadora Starfield (2002) – referência adotada pelo Ministério da Saúde do Brasil- a qual elucidava que a APS fomenta a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, promovendo a organização e racionalização da utilização dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde. Logo, a APS é aquele nível do sistema de saúde que oferta a entrada do usuário para todas as novas necessidades e problemas, ministrando atenção sobre a pessoa em um contexto geral e não apenas para a doença.

A ideia de APS teve como objetivo caracterizar uma forma de organização dos sistemas de saúde e esta questão foi levantada pela primeira vez no Relatório de Dawson, em 1920, neste contemplava um plano de organização dividido em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares e hospitais de ensino (FAUSTO; MATTA, 2007).

Com relação aos antecedentes da atenção primária, no Brasil, devemos observar o trabalho desenvolvido no Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) desde os anos 40, sendo as atividades desta influenciadas na medicina preventiva, após isso, cronologicamente, devemos falar também que nos anos 60 ocorreu os desenvolvimentos dos primeiros programas de integração docente assistencial.

Ainda durante os anos 1960, algumas agências internacionais incentivaram a implantação de programas de extensão e cobertura e esse aumento junto com as decisões da esfera pública consegue-se observar um aumento do acesso da população à saúde.

Durante os anos 80 e 90, o modelo de APS no sistema de saúde brasileiro divergiu de reformas realizadas em outros países, visto que o modelo adotado visava fazer um atendimento vinculado ao sistema e de maneira integrada com outros níveis de atenção, sendo assim

conseguimos observar um modelo pensado e seguindo os princípios norteadores do SUS: saúde como direito de todos, equidade, integralidade e participação popular (FAUSTO; MATTA, 2007).

1.2 PRINCÍPIOS DA APS

De acordo com Starfield (2002), a APS deve ser conduzida pelos seguintes princípios: primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação; abordagem familiar; e enfoque comunitário.

A APS deve ser o primeiro contato com o usuário, ou seja, a porta de entrada de fácil acesso ao sistema de serviços de saúde pela população. Este acesso aos serviços foi descrito por Millman (1993) como o uso oportuno de serviços de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis em saúde. Portanto, essa acessibilidade permite que os cidadãos alcancem os serviços, que é o elemento estrutural necessário para a atenção primária, sendo necessária uma organização geográfica para que não haja barreiras ao acesso deste usuário.

Já a longitudinalidade é definida como lidar com o crescimento e as mudanças de grupos ou indivíduos, no percorrer de um período de anos, ou seja, é a criação de laços entre os usuários e os profissionais de saúde em suas unidades de atendimento, independente se há a existência de algum problema de saúde. Este princípio está associado a diversos acréscimos como melhor reconhecimento dos problemas dos usuários, menos hospitalizações, custos mais baixos, e principalmente no que tange ao manejo clínico adequado dos problemas de saúde, através da implantação dos instrumentos de gestão da clínica – diretrizes clínicas e gestão de patologias (SHIMAZAKI, 2009).

A integralidade da atenção é um mecanismo imprescindível por garantir que os serviços possam ser moldados às necessidades da população, exigindo que a APS reconheça a carência de saúde de seus usuários e os recursos para abordá-las. Logo, a APS deve prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns e agir como um agente para a prestação de serviços das necessidades que devem ser atendidas em outros pontos de atenção (SHIMAZAKI, 2009).

Para Starfield (2002), a coordenação é um estado de estar em sintonia numa ação ou esforço comum, e tem como essência a disponibilidade de informação relacionada aos problemas de saúde e dos serviços prestados. Contudo, este princípio é um desafio para as equipes de saúde da APS, visto que nem sempre se consegue ter acesso às informações dos

atendimentos de usuários realizados em outros pontos de atenção, dificultando a continuidade do cuidado.

A centralização na família remete ao conhecimento, pela equipe de saúde, dos membros da família e de seus problemas de saúde. Atualmente no Brasil, este princípio é imposto com base na estratégia de Saúde da Família, a qual é entendida como uma reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (SHIMAZAKI, 2009).

Por fim, de acordo com Shimazaki (2009, pg. 15) a APS associada à orientação comunitária “utiliza habilidades clínicas, epidemiológicas, ciências sociais e pesquisas avaliativas, de forma complementar para ajustar os programas para que atendam as necessidades específicas de saúde de uma população definida”. Neste sentido, ao aplicar este princípio faz-se necessário definir e caracterizar a comunidade, identificar os problemas de saúde da comunidade, modificar programas para abordar esses problemas e monitorar a efetividade das modificações do programa.

1.3 IMPLANTAÇÃO DA APS NO BRASIL E NO SUS

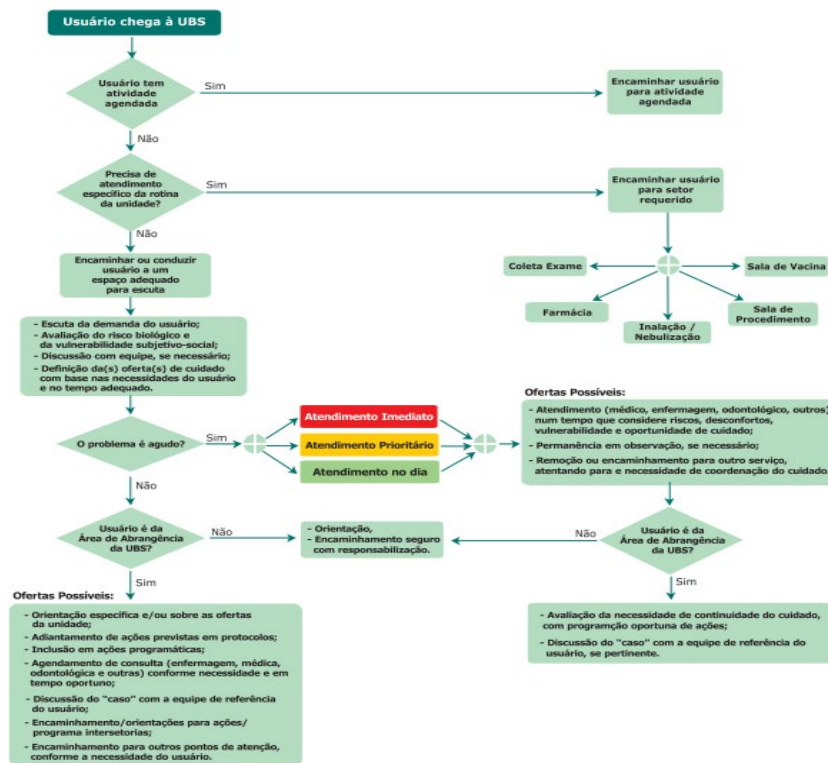
A Atenção primária no Brasil (atenção básica), iniciou-se através de um projeto criado nos anos 70, que visava a saúde coletiva. Sendo assim, a atenção primária seria o primeiro nível de atenção em saúde com o objetivo de proteção, promoção e principalmente prevenção da saúde. Através desse primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, realiza-se o fluxo de condutas, transferências e encaminhamentos, a fim de organizar as demandas do usuário e gerenciar o sistema. Sabe-se que diversas estratégias foram criadas a fim de melhorar o atendimento ao usuário, promover um sistema de saúde resolutivo, e principalmente prestar acolhimento e humanização, dentre elas: A estratégia de Saúde da Família (ESF), criada em 1994 (MENDONÇA et al., 2008).

Sabe-se que a atenção primária abrange a população na área próxima as Unidades Básicas de Saúde (UBS), através de um trabalho multidisciplinar e acolhedor, lidando com situações e problemas de saúde variados com uma intensa integração entre a unidade de saúde e a comunidade ou entre profissionais de saúde e os usuários, visando solucionar o problema de cada indivíduo que usufrui do sistema, garantindo universalidade e integralidade da atenção.

Um fluxograma foi descrito pelos cadernos de atenção básica, desenvolvido pelo ministério da saúde (BRASIL, 2013). Em síntese, este fluxograma deve ser tomado como uma oferta, um ponto de partida possível, uma estratégia de visualização e organização do trabalho

coletivo na UBS, devendo, sempre que necessário, ser adaptado, enriquecido, testado e ajustado, considerando a singularidade de cada lugar, de modo a facilitar o acesso, a escuta qualificada e o atendimento a necessidades de saúde com equidade, assumindo a perspectiva usuário-centrada como um posicionamento ético- político que tem implicações organizativas e no processo de trabalho das equipes.

Figura 1: Fluxograma do acesso do usuário ao sistema de saúde.



Fonte: Brasil (2013, p. 28).

A atenção básica funciona, como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos, organizando o atendimento pelo SUS.

De acordo com Sampaio (2008), muitos movimentos foram feitos para o fortalecimento da APS no país, destacando a criação do Departamento de Atenção Básica pelo Ministério da Saúde em 2000, a implementação da Política Nacional de Atenção Básica e do Pacto pela Saúde e Pela Vida no ano de 2006, documentos que reiteraram como prioridade a consolidação e a qualificação da Estratégia Saúde da Família como modelo de APS e centro ordenador das redes de atenção à saúde.

O PSF soma com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e aparece como um novo paradigma na atenção à saúde, com diretrizes que criam uma nova forma de produzir as ações e serviços de saúde, na vontade de mudança e conversão do modelo assistencial mecanicista e biomédico. De acordo com Costa et al. (2009) desde sua implantação, o PSF se

tem como objetivo transformar o tradicional modelo sanitário brasileiro médico, medicamentoso, curativo e individual, que tem no hospital o lócus de solução para todo e qualquer problema de saúde, em um modelo de saúde coletivo, multiprofissional e centrado na família e na comunidade. (ESCOREL et al., 2007; SOUZA et al., 2008)

1.4 DESAFIOS E PERSPECTIVAS

É notória a importância da atenção primária à saúde (APS), visto que esta tem como papel de porta entrada ao sistema de saúde e que com seu funcionamento de maneira integrada possa fazer com que o paciente seja tratado de maneira integral, e também deve-se ressaltar a importância do trabalho de medicina preventiva praticado nesse nível de atenção, entretanto, mesmo sendo esta uma estratégia de saúde muito importante, ainda existe uma falta de conscientização populacional.

A consolidação da APS representa além de um avanço na saúde pública, este juntamente com a estratégia da saúde da família demonstram uma expansão e manutenção significativa da cobertura e vem apresentando efeitos positivos sobre a saúde populacional (FACCHINI et al.,2018).

No que tange sobre as adversidades e desafios enfrentados, pode-se ressaltar que mesmo com um aumento da cobertura e avanços na infraestrutura ainda existem situações de desigualdade na estrutura dos serviços variados. Sendo assim, alguns fatores são marcantes, como a região geopolítica, porte do município, IDH e cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF). Além de questões de infraestrutura, podemos falar também sobre questões organizacionais como a incompletude de equipe e de materiais em locais mais afastados e carentes (FACCHINI et al.,2018).

Tendo em vista os problemas supramencionados, mas também levando em consideração a importância deste modelo de atenção para a população, a mais importante proposta para que possa ser feita a superação é a universalização do modelo de ESF e também o compromisso político para com a ESF e o financiamento suficiente para suprir as necessidades para garantir uma atenção de maneira integral para toda a população (FACCHINI et al.,2018).

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, pois foi realizada com o intuito de levantar um conhecimento disponível sobre teorias, a fim de analisar a história e os aspectos gerais da Atenção Primária à saúde.

Foram realizadas buscas nos bancos e bases de dados na área da saúde, sendo acessadas por via portal da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), tais como LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), Scielo (Scientific Electronic Library Online) e MEDLINE (Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica), utilizou-se os descritores: “Atenção Primária à Saúde”, “Sistema Único de Saúde” e “Saúde no Brasil”.

Procedeu-se a inclusão dos artigos disponíveis em bancos de dados na internet, disponíveis na íntegra, em idioma Português-BR, publicados no período de 1978 até 2018. Foram consideradas teses, dissertações, monografias, publicações do Ministério da Saúde e Organizações Internacionais, além de resumos na íntegra relacionados ao objeto de estudo. Como critério de exclusão, foram excluídos artigos em língua diferente do Português-BR e materiais cujos descritores, não caracterizassem o objeto de estudo. Utilizando-se os descritores mencionados, procedeu-se à busca emergindo 50 publicações.

A partir disso, começou-se a utilização dos critérios de inclusão como filtros dos artigos. Estes foram submetidos a uma pré-análise de acordo com a temática do estudo, totalizando 22 artigos lidos na íntegra, destes, 14 obedeceram aos critérios de inclusão e 08 artigos foram descartados por não atenderem os objetivos do estudo.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que, para se promover um sistema de saúde resolutivo, e principalmente prestar acolhimento e humanização, foi preciso formar abundantes estratégias com o intuito de melhorar o atendimento ao usuário. Com isto a APS foi criada para ser o primeiro contato com o usuário, ou seja, a porta de entrada de fácil acesso ao sistema de serviços de saúde pela população, fazendo com que o paciente consiga chegar aos serviços de maneira integral oferecidos pelo SUS. É de grande importância a ligação do usuário com o profissional de saúde no atendimento, pois faz com que o sistema de saúde melhore e obtenha um menor número de hospitalizações, conseqüentemente, custos baixos.

O modo como a APS é compreendida, organizada e operacionalizada é fundamental para aprimorar sua eficácia e equidade, e vem sendo uma estratégia de saúde muito significativa, mesmo ainda existindo uma falta de conscientização populacional.

Sendo assim, para se melhor aplicar este sistema é fundamental delinear e descrever a comunidade e discernir os problemas de saúde da comunidade. Tem-se a atenção básica como um filtro eficaz para organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos, organizando o atendimento pelo SUS.

É de suma importância conhecer o perfil da APS no Brasil para a elaboração de políticas públicas, buscando, assim, que as argumentações e conferências expostas neste estudo, auxiliem para a contemplação a respeito da pluralidade de serviços oferecidos no SUS e na sua rede primária de atenção, com abrangente cobertura e satisfatório êxito.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf. Acesso em 07 de Nov. de 2021.

COSTA GD, COTTA RMM, FERREIRA MLS, REIS JR, FRANCESCHINI SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev. Bras. Enferm.* 2009; 62(1):113-118.

ESCOREL S, GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM, SENNA MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev. Panam. SaludPúbl. /Pan Am. J. Public Health* 2007; 21(2): 64-176.

FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine; DILÉLIO, Alitéia Santiago. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 208-223, 2018.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 43-67. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4).

GOMES, KARINE DE OLIVEIRA ET AL. Atenção Primária à Saúde - a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2011, v. 16, suppl 1, pp. 881-892. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700020>>. Epub 06 Abr 2011. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700020>. Acesso em 07 de Nov. de 2021.

MENDONÇA, Maria. VIANA, Ana. VASCONCELLOS, Miguel. Atenção Primária à Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: **Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz**, 2008.

MILLMAN, M. **Acess to health care in America**. Washington, DC: National Academy Press, 1993.

MOURA, Bárbara Laisa Alves et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, p. s69-s81, 2010.

Organização Pan-Americana da Saúde. Declaração de Alma-Ata. In: *Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, 6-12 set 1978*. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em 02 de Nov. de 2021.

SAMPAIO LFR. Desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família. *CadSaude Publica* 2008; 24(Supl. 1):19-21.

SHIMAZAKI, M. E. (Org.). **A Atenção Primária à Saúde**. In: Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Oficina 2 e 3. Análise da atenção primária à saúde e diagnóstico local. Guia do tutor/facilitador. Belo Horizonte: Oficina. Análise da atenção primária à saúde. Guia do participante. Belo Horizonte: ESPMG, 2009. P. 10-16.

SOUZA ECF, VILAR RLA, ROCHA NSPD, UCHOA AC, ROCHA PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *CadSaude Publica* 2008; 24(Supl. 1):100-110

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

CAPÍTULO 2

ABORDAGEM AO SOBREPESO E OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Renan Mello de Souza, Discente do Curso de Medicina da Universidade Nova Iguaçu, Egresso do Curso de Engenharia da Computação do Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca.

Guilherme Felix Bastos, Discente do Curso de Medicina da Universidade Nova Iguaçu.
Dominic Diniz Cardoso Moreira, Discente do Curso de Medicina da Universidade Nova Iguaçu.

Andressa do Amaral Machado, Especialista em Medicina Tradicional Chinesa e Neuromodulação, Pós Graduação em Neuropsicopedagogia Clínica Institucional e Hospitalar, Pós Graduação em Gestão Educacional, Pós Graduação em Intervenção Neuropediátrica e Neurodesenvolvimento Infantil, Discente do Curso de Medicina da Universidade Nova Iguaçu.

Laura Terra Lannes Bussade, Discente do Curso de Medicina da Universidade Nova Iguaçu.

Caroline de Oliveira Carvalho, Discente do Curso de Medicina da Universidade Nova Iguaçu.

Thalia Alves Costa de Freitas, Discente do Curso de Medicina da Universidade Nova Iguaçu.

RESUMO

A obesidade é um problema de saúde pública de grande prevalência no Brasil e no mundo, a intervenção da Atenção Primária em Saúde (APS) nessa patologia se mostra essencial para a melhora do seu quadro de prevalência. O sobrepeso e obesidade é essencialmente um distúrbio derivado do desequilíbrio energético do corpo, o excesso de energia acumulado é armazenado em tecido adiposo, o grande excesso desse tecido caracteriza a patologia, sendo o sobrepeso sua forma mais branda. Sua causa deriva principalmente de uma mudança cultural da sociedade derivada da industrialização e o estilo de vida moderno, com diferentes meios de transporte com baixo gasto energético, trabalhos intelectuais de baixo gasto energético, meios de entretenimento sedentários como televisão e computadores, além de alimentação densa em calorias e pobre em nutrientes. Um grande número de patologias graves é associado ao quadro de obesidade, como diabetes, câncer e doenças cardiovasculares. Tornando a obesidade um grande preditor de taxas de mortalidade e qualidade de vida, e um grande alvo a ser combatido. O combate atual à obesidade se mostra inadequado e peca em sua magnitude, se fazendo necessário muito mais investimento na área, principalmente em prevenção e educação da população, com foco em aquelas de classe média e baixa, onde a patologia é mais comum. Ressalta-se a importância do Agente Comunitário de Saúde como informador e guia da população local sobre programas e oportunidades criados para combate ao sedentarismo e alimentação inadequada, além da importância das mulheres como agentes da educação alimentar nos núcleos familiares pela função usualmente exercida pelas mesmas na seleção e preparo dos alimentos. Deve-se também exaltar a importância de melhores métodos de coleta de informação para que se preencha o vazio presente na epidemiologia local, e possam ser realizados planejamentos mais eficazes e cirúrgicos, além do acompanhamento de seus efeitos a curto e longo prazo.

PALAVRAS-CHAVE: Obesidade; Atenção Primária à Saúde; Promoção da Saúde; Política pública; Nutrição.

ABSTRACT

Obesity is a public health problem of great prevalence in Brazil and in the world, the intervention of Primary Health Care (PHC) in this pathology is essential to improve its prevalence. Overweight and obesity is essentially a disorder derived from the energy imbalance of the body, the excess energy accumulated is stored in adipose tissue, the large excess of this tissue characterizes the pathology, being overweight its mildest form. Its cause derives mainly from a cultural change in society derived from industrialization and the modern lifestyle, with different means of transport with low energy expenditure, intellectual works with low energy expenditure, sedentary means of entertainment such as television and computers, in addition to dense food. in calories and low in nutrients. A large number of serious pathologies are associated with obesity, such as diabetes, cancer and cardiovascular diseases. Making obesity a great predictor of mortality rates and quality of life, and a great target to be fought. The current fight against obesity proves to be inadequate and lacks in its magnitude, making much more investment in the area necessary, especially in prevention and education of the population, with a focus on those from the middle and lower classes, where the pathology is more common. We emphasize the importance of the Community Health Agent as an informer and guide of the local population on programs and opportunities created to combat sedentary lifestyle and inadequate nutrition, in addition to the importance of women as agents of food education in family nuclei due to the function usually performed by them in the selection and preparation of food. The importance of better methods of collecting information should also be highlighted, so that the void present in local epidemiology can be filled, and more effective and surgical planning can be carried out, in addition to the monitoring of its short and long-term effects.

KEYWORDS: Obesity; Primary Health Care; Health promotion; Public policy; Nutrition.

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é um dos principais desafios que a humanidade tem a enfrentar nas próximas décadas, um desafio que se mostra cada vez de mais complicada resolução, pela constante produção de alimentos densos caloricamente de baixo valor nutritivo e sedentarismo rompante.

Atualmente a obesidade é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma epidemia mundial, com grande foco principalmente em países em desenvolvimento como o Brasil, essa doença vem ganhando grande enfoque na mídia e dia a dia da população pela sua grande presença e a grande piora da qualidade de vida que ela causa (OMS, 2003).

A obesidade é definida como excesso de gordura no organismo, o que por si só traz uma série de complicações além de riscos aumentados para o desenvolvimento de outras patologias, a aumento da condição de obesidade pela população está associado ao grande aumento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), por ser um dos principais fatores de risco para

várias patologias graves, como diabetes, câncer e doenças cardiovasculares (OMS, 2003) (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2006).

A obesidade é considerada mundialmente uma das maiores causas de mortes evitáveis do mundo, sua prevalência tem aumentado constantemente devido às mudanças culturais e sociais sofridas pela humanidade, como a industrialização, aumento da oferta de alimentos, transportes de baixo custo energético, formas de entretenimento sedentárias entre outras causas (MENDONÇA; ANJOS, 2004, JAMES *et al.*, 2003), o que implica a necessidade de educação da população sobre a importância de atividade física e educação alimentar, para que as mudanças de oferta e necessidades não necessariamente causem a mudança cultural para um estado mais patológico da humanidade (CARRARA *et al.*, 2008).

No Brasil a necessidade de um modelo de atenção à saúde que incorpore a educação e promoção de saúde, prevenção e tratamento da obesidade se mostra de extrema importância devido ao perfil nutricional encontrado em sua população, assim configura-se um grande desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS) e principalmente para a Atenção Primária em Saúde (APS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2006) (FERREIRA, 2006).

O perfil nutricional problemático do Brasil dá-se pela preferência por alimentos de alta densidade calórica e pouco valor nutricional pelas populações de baixa renda devido ao seu menor custo em geral, em adição a falta de educação sobre os riscos e como realizar a prevenção quanto a obesidade isso eleva sua presença na população que apresenta menos recursos e maior dependência do governo para assistência (FERREIRA; MAGALHÃES, 2005) (FERREIRA; MAGALHÃES, 2010) (FERREIRA; MAGALHÃES, 2011).

Em um estudo (GREJANIN *et al.*, 2007), em que foi analisada a percepção que os profissionais de saúde de um determinado Centro de Saúde (CS) tinham em relação ao paciente em comparação a percepção que o paciente obeso tem de si mesmo, foi descoberto que enquanto o profissional de saúde crê que o tratamento da obesidade nesses determinados casos seria simples e fácil de ser realizado no próprio CS os pacientes em contrapartida acreditam mais na necessidade de um tratamento medicamentoso, não reconhecendo a importância do envolvimento de outros profissionais não médicos ou abordagens não medicamentosas.

Em 2020 na Pesquisa Nacional de Saúde realizada pelo IBGE foi constatado que no Brasil 7,7% da população de 18 ou mais anos foi diagnosticada com diabetes. Assim, evidencia-se que a obesidade é um fator de risco para o desenvolvimento das DCNTs. A não abordagem e prevenção do sobrepeso e obesidade imediata, indubitavelmente causará em algumas décadas

um aumento alarmante, em doenças crônicas, piora na qualidade de vida além de número de infartos e derrames, agravando a já presente falta de leitos em hospitais (CAMPOS, 2020)

2 A PATOLOGIA DA OBESIDADE

A obesidade é uma desregulação do equilíbrio energético do corpo, é considerada como uma doença crônica não transmissível (DCNTs) e dessa maneira, é portanto, uma das principais causas de mortalidade e de adoecimento no mundo, sendo 500 milhões de adultos e crianças em todo o mundo classificados como obesos (GREEN; BECK, 2017). As DCNs são doenças custosas para os sistemas de saúde pública devido ao acúmulo de complicações e síndromes associadas à mesma (NILSON et al., 2020). Entre as causas da obesidade, existem fatores genéticos, metabólicos, hormonais e ambientais que causam a quebra do mecanismo. Foi comprovado que alguns genes marcadores estão associados à obesidade, incluindo adiponectina, interleucina-6, receptor de melanocortina tipo 4, insulina, fator de necrose tumoral- α , leptina e receptores de leptina. Esses genes possuem alelos polimórficos herdados de seus pais.

Segundo a ideia discutida acima, mecanismos diversos como a hipoxia, morte de adipócitos, secreção de adipocinas ligada à infiltração de macrófagos, hipertrofia de adipócitos, citocinas liberadas do sistema imune adaptativo contribui para o desenvolvimento da insuficiência de insulina (SELL; HABICH; ECKEL, 2012).

A obesidade é a marca registrada da síndrome metabólica e predispõe os pacientes ao desenvolvimento das principais doenças metabólicas crônicas, incluindo Diabetes Mellitus 2. A Síndrome Metabólica é compreendida como dislipidemia aterogênica, pressão alta elevada, hiperglicemia e excesso da gordura abdominal (MUSSI; PETRÓSKI, 2019). A expansão do tecido adiposo na obesidade é caracterizada pelo aumento da infiltração de células imunes pró-inflamatórias no tecido adiposo, causando inflamação crônica de baixo grau. A troca fenotípica de macrófagos é um importante mecanismo de inflamação do tecido adiposo, e há envolvimento de células do sistema imune adaptativo nesse processo. As alterações do fenótipo das células T e o recrutamento de células B e células T precedem a infiltração de macrófagos.

A inflamação na obesidade apresenta fator importante na fisiopatologia da mesma e de doenças associadas, como a hipertensão. A gordura visceral é uma evidente fonte de citocinas que induzem a cascata de inflamação e estresse oxidativo, provocando síndrome metabólica, doenças cardiorrenais, resistência à insulina, enrijecimento vascular (FARIA et al., 2019). As citocinas e quimiocinas produzidas pelas células do sistema imunológico influenciam a

inflamação localizada e sistêmica, que é uma ligação patogênica entre a obesidade e a resistência à insulina. Os antígenos absorvidos do intestino podem contribuir para a ativação das células T e recrutamento para o tecido adiposo visceral na obesidade. As evidências da infiltração do tecido adiposo por células do sistema imune adaptativo, como as células do sistema adaptativo afetam as populações celulares inatas e a influência das células imunes adaptativas no desenvolvimento da resistência à insulina. O sistema imunológico possui em sua composição um grande número de células, proteínas e fatores estimulantes e inibidores, que atuam em grande parte das reações imunológicas do organismo humano, de forma que, esse sistema como um todo encontra-se sempre em funcionamento conjunto, lidando com a possibilidade de sobrevivência, sem esses recursos o corpo humano não conseguiria reagir eliminando qualquer microrganismo, ou neutralizando pequenos traumas ou moléculas-alvo.

O sistema imune tem a capacidade de nos resguardar de microrganismos, qualquer outra molécula que possa ser danosa e até mesmo da reprodução de células neoplásicas que permitem o progresso de um câncer. Contudo, em alguns casos alguns comportamentos que o sistema imunológico causa, podem ser mais prejudiciais do que a ação do próprio patógeno. O foco inflamatório é a saída de leucócitos dos vasos para se acumularem no local onde está ocorrendo a inflamação, é considerado o evento central na inflamação, quer seja ela de natureza infecciosa ou não. Em condições fisiológicas, durante a circulação do fluxo sanguíneo, acontece a organização de leucócitos nos vasos de maneira a ficarem dispostos em uma coluna na parte central, e em torno das hemácias.

A obesidade prejudica a resposta imunológica à influenza por meio de alterações do sistema imunológico celular, os adultos obesos vacinados têm o dobro do risco do desenvolvimento de influenza ou doença semelhante à influenza como a COVID-19 (GREEN; BECK, 2017).

2.1 A obesidade e as patologias crônicas associadas

De acordo com a definição da Organização Mundial da Saúde, o sobrepeso é considerado um índice de massa corporal na faixa de 25 a 29 kg / m², enquanto a obesidade é ≥ 30 kg / m². Globalmente, mais de 600 milhões de pessoas atendem aos critérios de obesidade. Em 2015, 4 milhões de mortes foram atribuídas à obesidade, enquanto no Brasil, um em cada dois adultos e uma em cada três crianças são obesos (MARTINS, 2018).

A obesidade em crianças e adolescentes é um dos problemas urgentes da assistência médica moderna. Portanto, o sobrepeso e a obesidade, tanto em adultos quanto em crianças e

adolescentes, são fatores de risco para diabetes mellitus, hipertensão arterial, aterosclerose precoce e distúrbios reprodutivos. O problema da obesidade está na interseção de vários campos da medicina - pediatria, terapia, endocrinologia, ginecologia, andrologia, neurologia. Ao escolher o método de tratamento mais eficaz, uma abordagem integrada é a mais ideal. Os principais componentes de um programa de controle de peso são: dietoterapia, exercícios dosados, mudança de comportamento, uso de produtos especializados e terapia medicamentosa (STATSENKO; FABRITSKAYA; RYNDINA, 2020).

A obesidade é uma patologia multifacetada relacionada a doenças crônicas, comorbidades. A obesidade pode provocar alterações hemodinâmicas e metabólicas no rim associadas às respostas compensatórias ao aumento sistêmico da demanda metabólica, evidente na síndrome metabólica, se tornando posteriormente, uma insuficiência compensatória, como a glomerulopatia (TSUBOI et al., 2017).

A obesidade envolve a ciclooxigenase (COX) -2 é uma enzima que metaboliza lipídios, a qual pode ser conhecida como prostaglandina-endoperóxido sintase, e sua inibição é tentada para desenvolver drogas inflamatórias não esteróides seguras. No entanto, o uso da inibição da COX-2 está associado a uma série de efeitos adversos cardiovasculares, incluindo o desenvolvimento de acidente vascular cerebral, fibrilação atrial e insuficiência miocárdica. A COX-2 também está envolvida presente no tecido mamário de mulheres obesas de maneira conjunta com a prostaglandina E2 (PGE2), sendo relacionados com risco associado ao câncer mamário (GONÇALVES, 2021). A COX-2 usa o ácido araquidônico como substrato de ácido graxo e é responsável pela geração de prostaglandinas, prostanóides, prostaciclina e tromboxanos. Dessa maneira, os estudos pré-clínicos mostraram que o tratamento ou a superexpressão de TNF- α leva ao agravamento da IC, e a inibição do TNF- α recupera a função do ventrículo esquerdo na patologia de insuficiência cardíaca.

A gordura pericárdica está associada a um índice de massa corporal mais alto e a fatores de risco tradicionais para doenças cardiovasculares como a insuficiência cardíaca previamente citada. As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em todo o mundo. Os fatores de risco os quais podem favorecer a ocorrência das doenças são: tabagismo, sedentarismo, hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia, aterosclerose, diabetes, obesidade, estilo de vida sedentário, consumo de álcool, estresse. A aterosclerose é uma patologia crônica, a qual se inicia na infância, caracterizada pelo acúmulo de macrófagos, lipídios, monocitos, células T com o processo de agregação plaquetária, proliferação de células musculares lisas, disfunção endotelial (FREEMARK, 2019).

2.2 A obesidade e a patologia na infância

A obesidade é um problema de saúde pública e acomete no âmbito nacional, de acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), entre 2008 e 2009, a prevalência da obesidade em crianças com 7 anos de idade era de 15%, sendo 49% quando adicionado ao percentual de outras idades, enquanto em Santa Catarina em crianças de 7 a 10 anos, a prevalência era de 32,7% de meninas e 36,2% relacionado aos meninos (ROSSI et al., 2019).

A obesidade infantil raramente está associada ao uso de certos medicamentos (glicocorticóides, alguns antidepressivos, antipsicóticos, drogas antiepilépticas) ou a presença de doenças endócrinas (hipercortisolismo, hipotireoidismo, deficiência de hormônio do crescimento) e patologia cerebral (tumores, trauma, derrames, cirurgia e radioterapia, quimioterapia), ou a presença de obesidade monogênica, cromossômica ou outra genética síndrome. Os maus hábitos alimentares podem induzir o surgimento de doenças crônicas como doença coronariana, acidente vascular cerebral, hipertensão, diabetes mellitus, dislipidemia, câncer, demência, obesidade e estresse oxidativo envolvidos na agressão das células pelos radicais livres (BENYAICH, 2017).

Os principais fatores de risco para sobrepeso e obesidade em crianças podem ser considerados como: consumo excessivo de alimentos com alto teor calórico, doces, bebidas carbonatadas; grandes porções; falta de café da manhã; conteúdo insuficiente de vegetais e frutas na dieta, assistir TV enquanto come, alterações na microflora intestinal, inatividade física, a influência da educação e fatores familiares, distúrbios do sono, fatores psicológicos, ingestão excessiva de alimentos com estresse. A epidemia global de obesidade infantil, com o conseqüente aumento na prevalência de comorbidades endócrinas, metabólicas e cardiovasculares na juventude, representa um dos mais importantes problemas de saúde pública. A ocorrência precoce e o aumento na prevalência de obesidade pediátrica e síndrome metabólica (EM) levam a um declínio potencial na expectativa de vida (BROWN et al., 2019).

A puberdade é um período de mudanças fisiológicas como a diminuição fisiológica bem descrita da sensibilidade à insulina. A dieta e os hábitos de vida também podem contribuir significativamente para o desenvolvimento da obesidade durante a puberdade. Um estudo longitudinal canadense de 48 participantes com obesidade, os quais foram acompanhados por 2 anos quando entraram na puberdade, mostrou que cada porção diária adicional de frutas e vegetais diminui o risco de conversão para obesidade metabolicamente insalubre em 39%. O mesmo estudo mostrou que mais horas de tela e dieta pobre em proteínas e rica em gordura

saturada e bebidas adoçadas com açúcar estavam diretamente associadas ao desenvolvimento da obesidade e insensibilidade à insulina (FREEMARK, 2019).

2.3 Epidemiologia da obesidade no Brasil

Nos dias de hoje, a obesidade infelizmente tem sido o terror de muitas pessoas. Além de causar processos inflamatórios em diferentes regiões do corpo, ela é a maior responsável pelo aparecimento de outras doenças. No Brasil, ela aumentou 72% nos últimos treze anos, em 2025 a estimativa é de que 2,3 bilhões de adultos ao redor do mundo estejam acima do peso, sendo 700 milhões de indivíduos com obesidade. O maior percentual está entre as mulheres (21%) e aumenta conforme a idade, para os jovens de 18 a 24 anos é de 87% e entre adultos com 65 anos e mais, alcança o patamar de 20,9% (ABESO, 2020) (IBGE, 2019)

2.4 Abordagem e Intervenção do Sobrepeso e Obesidade no Brasil

Existem duas abordagens principais para o sobrepeso e obesidade, sendo elas a prevenção e tratamento. Há 3 tipos de prevenção quando se trata de obesidade: A prevenção primordial, que visa impedir que o indivíduo se torne uma pessoa com risco de desenvolver sobrepeso; A prevenção primária, tem como objetivo não deixar aqueles que são pacientes de risco desenvolverem sobrepeso; E a prevenção secundária, busca impedir o agravamento da condição de obesidade e diminuir as comorbidades desses indivíduos. O tratamento da obesidade é difícil devido às variações de metabolismo basal de diferentes pessoas em diferentes cenários, além disso as atividades físicas de pessoas obesas são menores do que as não obesas sendo de extrema importância uma equipe multidisciplinar para atender e acompanhar esses indivíduos.

Para iniciarmos nossa abordagem é importante primeiro identificarmos nossa população alvo, indivíduos de “risco” para desenvolvimento de obesidade e obesos. Esse levantamento deve ser realizado inicialmente pelas consultas de rotina onde pode ser obtido as medidas de peso e altura para cálculo do IMC, circunferência abdominal e anamnese.

Na anamnese deve-se avaliar história familiar, hábitos alimentares, fatores sócio econômicos, culturais, étnicos e comportamentais, devido a comprovada importância de tais itens na predição de obesidade futura (SALES, 2013), (DOS SANTOS, 2009). Tais dados devem ser plotados em mapas mensais, para uma noção mais fidedigna da verdadeira gravidade do problema na área e acompanhamento da evolução da mesma.

3 PREVENÇÃO

A abordagem à obesidade se inicia com a prevenção, devido a multifatorialidade da obesidade a prevenção da mesma está além de apenas o setor de saúde e elenca a articulação intersetorial, deve-se ressaltar a importância do agente comunitário de saúde como meio de integração entre o paciente obeso e as medidas tomadas tanto para prevenção quanto para tratamento, agindo como informador e guia do paciente para as oportunidades existentes.

A escassez de programas de aconselhamento de modos saudáveis de vida e educação alimentar é absoluta, tal situação deve ser remediada para que a informação possa tomar seu lugar de maior atuante na prevenção e combate à obesidade.

Os principais achados quanto a prevenção de obesidade principalmente em famílias de baixa e média renda é entre outros a importância do papel das mulheres na família como promotoras de saúde e prevenção da obesidade, o papel do Agente Comunitário de Saúde no aconselhamento de hábitos saudáveis, a utilização de espaços para atividades físicas como academias populares, e o incentivo a esportes variados ^(9,10).

O aconselhamento de alimentação saudável é provavelmente a estratégia que exigiria o mínimo investimento e de mais fácil execução podendo ser realizada até mesmo nas APS, preferencialmente por profissionais de nutrição, levando em consideração sempre o poder aquisitivo e limitações geográficas e culturais.

Uma possível estratégia eficaz é o envolvimento das mulheres nas ações de promoção de saúde, procurando o incentivo da mudança dos hábitos alimentares devido ao papel geralmente assumido pela mulher no âmbito familiar, por muitas vezes ser da mulher a responsabilidade de definir a nutrição familiar, realizando a seleção e preparo dos alimentos.

E como definido na Portaria GM nº 424, de 19 de março de 2013. a Atenção Primária à Saúde deve oferecer vários tipos de tratamentos e acompanhamentos ao usuário, incluindo atendimento psicológico. A portaria estabelece o financiamento para a organização de diversas ações e serviços de promoção de saúde no âmbito da Atenção Primária como: o Piso de Atenção Básica, o Piso de Vigilância e Promoção de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, do Programa Academia da Saúde, do Programa Saúde na Escola, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e do apoio para estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional.

4 TRATAMENTO

O tratamento começa pela anamnese e exames físicos dos pacientes acompanhado de exames subsidiários como glicemia de jejum, perfil lipídico e TGP.

Tal como a causa multifatorial da obesidade e do sobrepeso, o tratamento de tais patologias envolve uma pluralidade de medidas, de intervenção direta e indireta. desde programas de estímulo à atividade física e reeducação alimentar, quanto a procedimentos cirúrgicos como a cirurgia bariátrica, disponibilizada pelo SUS. É importante também mencionar o devido acompanhamento especial necessário ao paciente após a cirurgia, acompanhamento esse médico, nutricional e psicológico.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A própria procura por ações de promoção da saúde por usuários obesos evidencia a necessidade de fortalecer o modelo da APS, principalmente sua atuação na prevenção do quadro, para que os indivíduos possam procurar promover sua saúde antes de estarem doentes.

A necessidade de uma equipe multidisciplinar e diagnóstico precoce para a prevenção efetiva da obesidade deve ser ressaltada de maneira a evitar complicações futuras e comprometimento da qualidade de vida dos usuários. Se mostra essencial a reorganização dos serviços de saúde e equipes para mais eficaz atendimento e promoção de saúde nas áreas afetadas. Estudos conseguintes sobre nutrição acessível para famílias de baixa renda e a promoção de alternativas saudáveis na alimentação se fazem extremamente necessários, tal como o estímulo de atividades físicas, tanto por meio das academias populares quanto pela promoção de diversos esportes para atender os interesses gerais da população sem detrimento de quaisquer grupos.

Programas de culinária saudável e educação alimentar com foco em mulheres que fazem esse papel em seus núcleos familiares se mostram promissores, com grande sucesso onde foram implementados.

Por fim, as ações de promoção de saúde podem estar sendo dificultadas pela falta de informação das comunidades e seus usuários patológicos. Um sistema de prontuários mais completo e de melhor qualidade para as UBS é uma solução viável para melhor coleta e processamento de dados, viabilizando a seleção e acompanhamento das populações afetadas ao longo do tempo, e os efeitos de cada programa em sua saúde e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

OMS, Serie de Informes Técnicos. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Ginebra, 2003. [citado 2013 junho 26] Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916_s pa.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade. Brasília; Ministério da Saúde; 2006. 108 p. ilus, tab. Cadernos de Atenção Básica; n.12(A. Normas e Manuais Técnicos)

Mendonça CP, Anjos LA. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. Cad. Saúde Pública. [periódico na internet] 2004; [citado 2013 novembro 01] 20(3):698-709. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/06>

James et al apud Monteiro AC, Conde WL, Castro IRR. A tendência cambiante da relação entre escolaridade e risco de obesidade no Brasil (1975-1997). Cad. Saúde Pública.[periódico na internet] 2003 [citado 2013 setembro 25] 19(Sup. 1):S67-S75, Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v19s1/a08v19s 1.pdf>

Carrara APB, França EA, Bonino MV, Brochetto MFD, Ribeiro RL, Costa ECS, et al. Obesidade: um desafio para a saúde pública. Rev Inst Ciênc Saúde. [periódico na internet] 2008 [citado 2013 novembro 28]; 26(3):299- Revista Eletrônica Gestão & Saúde ISSN: 1982-4785 Almeida LM, Campos KFC, Randow R et al.

Ferreira SRG. A obesidade como epidemia: O que pode ser feito em termos de saúde pública? Einstein. [periódico na internet] 2006; [citado 2013 junho 10] 4 (supl.1) :S1-S-6. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/113 -1-6.pdf>

Ferreira VA, Magalhães R. Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da Favela da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública. [periódico na internet] Dez. 2005 [citado 2013 junho 02]; 21(6). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2005000600027&script=sci_arttext

Ferreira, VA; Magalhães, R. Desigualdade, pobreza e obesidade. Ciência e Saúde Coletiva. [periódico na internet] 2010; [citado 2013 agosto 13] 15(Supl.1):1423-1432. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700053&lng=en

Ferreira, VA; Magalhães, R. Obesidade entre os pobres no Brasil: a vulnerabilidade feminina. Ciência e saúde coletiva. [periódico na internet] abr 2011 [citado 2013 julho 10]; 16(4) Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000400027&lng=pt

Grejanin DKM, Pezzo TH, Nastri V, Sanches VPP, Nascimento DDG, Quevedo MP. As percepções sobre o “ser obeso” sob a ótica do paciente e dos profissionais da saúde. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. [periódico na internet] 2007; [citado 2013 setembro 20] 17(3):37-4. Disponível em : www.revistas.usp.br/jhgd/article/download/19846/21919

CAMPOS, A. IBGE: obesidade mais do que dobra na população com mais de 20 anos. [S.l] Agência Brasil, 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-10/ibge-obesidade-mais-do-que-dobra-na-populacao-com-mais-de-20-anos>

BENYAICH, A. Les effets du régime méditerranéen sur les maladies chroniques: Maladies cardiovasculaires, stress oxydatif, dyslipidémie, diabète sucré, pression artérielle, cancer, maladies neurodégénératives et obésité. *Nutrition Research Reviews*, nov. 2017.

BROWN, T. et al. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 2019, n. 7, 23 jul. 2019.

FARIA, A. P. DE et al. A Proposed Inflammatory Score of Circulating Cytokines/Adipokines Associated with Resistant Hypertension, but Dependent on Obesity Parameters. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2019.

FREEMARK, M. Endothelial dysfunction and cardiovascular disease in childhood obesity. *Jornal de Pediatria*, v. 95, n. 5, p. 503–505, set. 2019.

GONÇALVES, R. M.; OTHERS. O papel central da enzima ciclooxigenase-2 na inflamação do tecido adiposo, síntese local de estrogênio e carcinogênese mamária em animais expostos à dieta obesogênica. 2021.

GREEN, W. D.; BECK, M. A. Obesity Impairs the Adaptive Immune Response to Influenza Virus. *Annals of the American Thoracic Society*, v. 14, n. Supplement_5, p. S406–S409, nov. 2017.

MARTINS, A. P. B. É PRECISO TRATAR A OBESIDADE COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA. *Revista de Administração de Empresas*, v. 58, n. 3, p. 337–341, jun. 2018.

MUSSI, R. F. DE F.; PETRÓSKI, E. L. Indicadores de obesidade: capacidade preditiva para síndrome metabólica em adultos quilombolas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 7, p. 2471–2480, jul. 2019.

NILSON, E. A. F. et al. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 44, p. 1, 10 abr. 2020.

ROSSI, C. E. et al. Fatores associados ao consumo alimentar na escola e ao sobrepeso/obesidade de escolares de 7-10 anos de Santa Catarina, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 2, p. 443–454, fev. 2019.

SELL, H.; HABICH, C.; ECKEL, J. Adaptive immunity in obesity and insulin resistance. *Nature Reviews Endocrinology*, v. 8, n. 12, p. 709–716, dez. 2012.

STATSENKO, M. E.; FABRITSKAYA, S. V.; RYNDINA, Y. A. The role of obesity in renal damage in patients with chronic heart failure. *Nephrology (Saint-Petersburg)*, v. 24, n. 5, p. 29–36, 31 ago. 2020.

TSUBOI, N. et al. The Renal Pathology of Obesity. *Kidney International Reports*, v. 2, n. 2, p. 251–260, mar. 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA. Os últimos números da obesidade no Brasil. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://abeso.org.br/os-ultimos-numeros-da-obesidade-no-brasil/>

CAPÍTULO 3

A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CÂNCER DE MAMA

Hugo Gomes França, acadêmico de medicina.
Ingrid Dayana Macedo de Oliveira, acadêmico de medicina.
Larissa Maria Caetano dos Santos, acadêmico de medicina.
Marcos Nicolau Marinho Danielli, acadêmico de medicina.
Rayssa Baldas Loureiro Magesty Tavares, acadêmico de medicina.
Vitor Valente Fiorio, acadêmico de medicina.

RESUMO

O câncer lidera as causas de morte no mundo e, entre mulheres, o tumor de mama é o mais prevalente, inclusive no Brasil. O câncer de mama é a maior causa de morte por câncer nas mulheres em todo o mundo. A atenção primária deve ter grande relevância nesse quesito, por ser a porta de entrada do SUS, e caracterizada por prevenir agravos de comorbidades, com foco na redução de danos, tratamento que impacte positivamente a saúde no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária, câncer de mama, SUS.

ABSTRACT

Cancer is the leading cause of death in the world and, among women, breast cancer is the most prevalent, including in Brazil. Breast cancer is the leading cause of cancer death in women worldwide. Primary care should have great relevance in this regard, as it is the gateway to the SUS, and is characterized by preventing comorbidities, focusing on harm reduction, treatment that positively impacts health in Brazil.

KEYWORDS: Primary care, breast cancer, SUS.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama pode-ser compreendida por ser uma doença ocasionada pelo evento de multiplicação de forma desordenada de células anormais da mama que assim leva a formação do tumor em que também existe a possibilidade de ser alastrar para outros órgãos, sendo essa neoplasia a principal causa de mortes no mundo em relação a população feminina. Segundo o INCA, o tumor de mama é o mais prevalente no âmbito mundial e também no cenário do Brasil, com cerca de mais de 66.280 novos contabilizados até o ano de 2021, além de 18.068 mortes de mulheres e 227 homens devido ao câncer de mama, baseadas em estatísticas de 2019.

O seu desenvolvimento pode ser consequente de diversos fatores diferentes, dentre os biológicos e também ambientais, que podem ser influenciados por características socioeconômicas, comportamentais, além dos relacionados à idade, genética e aspectos

endócrinos. Segundo o Instituto Nacional do Câncer e dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde atualmente, o câncer de mama por predisposição genética, sendo assim, de caráter hereditário, corresponde aproximadamente de 5 a 10% do número total de casos.

Já ao analisarmos os fatores citados anteriormente como os de idade e também a nível endócrino, os riscos de um indivíduo apresentar a neoplasia são elevados quando associados à história menarca precoce, que se distingue pela idade da primeira menstruação que é menor que 12 anos em contrapartida da menopausa tardia que é após os 50 anos, a primeira gravidez após os 30 anos de idade, nuliparidade, realização e terapia de reposição hormonal pós-menopausa, sendo mais intensa se suceder por mais de cinco anos. Hábitos de ingestão de álcool, sedentarismo, obesidade até mesmo a exposição à radiação ionizante até a sua meia idade, porém existem ações que são consideradas benígnas e protetoras como a prática de atividade física e amamentação materna.

A atenção primária à saúde se encontra nesse cenário com um desafio onde cada vez se detém mais com o controle da neoplasia pelo o Brasil, onde ações para a sua prevenção são imprescindíveis para os objetivos da atenção à saúde sejam contemplados em êxito pela a população, e a prevenção do câncer de mama não pode ser deixada de lado, ainda pelos seus grandes índices de acometimento em ambos os sexos. As suas ações podem ser divididas em prevenção primária, onde se encontram os cuidados básicos, muitas delas relacionadas ao estilo de vida e hábitos, sendo importante a preservação de um organismo saudável, apresentando um controle da obesidade, sedentarismo, alimentação de itens gordurosos e ingestão de álcool de maneira excessiva. Além de também ser integrada nesta categoria a educação em saúde, sendo de extrema importância a orientação para que as mulheres realizem a autopalpação junto com o ensinamento de como é feito de maneira integrativa e acessível para toda a população fazendo que essa prática seja feita de forma confortável e certa. A prevenção secundária já parte do princípio clínico, sendo feito por parte da equipe treinada, que é o Exame Clínico das Mamas (ECM), através da mamografia.

Dessa forma, o câncer de mama tem significado um dos grandes desafios às políticas públicas de saúde que atinge grande parte da população brasileira, exigindo o desenvolvimento de programas e ações de promoção e prevenção da saúde, de tratamento e controle da doença, bem como de uma rede de serviços adequados e integrados que conte com profissionais competentes que possam atuar nas diferentes regiões do país (INCA, 2014, p. 16)

Diante da realidade apresentada, veio a motivação em investigar a atuação da Atenção Primária na prevenção e diagnóstico do câncer de mama no Brasil e o impacto dessas políticas ofertadas. Dessa maneira, este estudo teve como objetivo analisar a produção científica

realizada sobre a temática "câncer de mama" na Atenção primária, e as políticas públicas de rastreamento e diagnóstico precoce para o câncer de mama.

REFERENCIAL TEÓRICO

O câncer de mama por ser a neoplasia responsável por liderar as causas de morte entre mulheres no Brasil e também ao redor do mundo, se tornou notório a necessidade de um sistema de saúde efetivo para que assim, ser possível uma mudança no âmbito estatístico de casos de câncer de mama abrangendo desde ações visando a promoção e prevenção da saúde como também o tratamento e controle do câncer.

A abordagem de Isabella Cristina Barduchi Ohl de 2016, apresenta uma grande contribuição ao estudo, onde no País durante o percurso da sua história, a saúde da mulher sempre se manteve ligada a políticas nacionais de saúde, a partir do século XX. Porém, eram apenas consideradas importantes a atenção à saúde na gravidez e ao parto, sendo vista como a parcela da população mais vulnerável. Nos anos 80 e 90, teve-se o início da quebra da ideia de apenas ser enaltecido as ações materno-infantis, apresentando como o seu veículo o Ministério da saúde, teve o início no Brasil a aplicação da integralidade também na promoção à saúde das mulheres em todas as suas faixas etárias.

Posteriormente também a implantação de projetos contribuindo para o controle de câncer ginecológico, como o Programa Viva Mulher, que de forma direta influenciou para a amplificação de estudos e ações para os outros tipos de neoplasias que também acometem mais especificamente o sexo feminino. Sendo assim, impulsionando o desenvolvimento de políticas públicas na área e também a formulação de diretrizes e também redes de assistências para a detecção do câncer de mama.

No ano de 2005, foi lançado pelo o Ministério da Saúde a Política Nacional de Atenção Oncológica, priorizando a ação precoce da promoção, prevenção, diagnóstico até o tratamento e cuidados paliativos.

Nos últimos anos, a organização das ações de controle desse tipo de câncer vem sendo aprimoradas devido à implantação do Sistema de Informação do Câncer de Mama-SISMAMA, ao aumento da oferta de mamografias pelo Ministério da Saúde e à publicação de documentos pelo INCA. Hoje, a perspectiva no campo da detecção precoce é promover o diagnóstico e o rastreamento em áreas com ocorrência elevada da doença.” (OHL, Isabella Cristina et al., 2016)

Em contrapartida, nos dias atuais também são encontrados desafios para a execução dos programas e também diretrizes voltadas para a promoção da saúde da mulher, apontados por estudos terem sido se deparar em diversos pontos da atenção à saúde, podendo algumas serem

exemplificadas como a fragmentação das ações da saúde, característica por uma atenção descontínua e pouco resolutiva e também a forte polarização entre hospitais e a atenção primária sendo considerada a porta de entrada da população ao sistema de atenção básica do Brasil.

“Não obstante, estudos apontam fragilidades na organização, no acesso e no direcionamento do fluxo dos usuários com câncer pelas redes de serviços de saúde, impactando diretamente na qualidade da assistência prestada, assim como nos indicadores epidemiológicos de morbimortalidade relacionados com essa doença.” (OLIVEIRA, Shirley Batista et al., 2020).

Contudo, quanto às ações públicas de saúde direcionadas especificamente para a saúde desta parcela da população, tendo como o enfoque o controle do câncer de mama, os artigos revisados em sua grande parte discutem a respeito da carência de notoriedade por parte dos órgãos públicos para que seja feito um melhor trabalho em torno de um melhor preparo dos profissionais atuantes da área, uma maior disponibilidade de exames complementares e necessários para o rastreamento da neoplasia visando um melhor atendimento para os beneficiados, sendo de fato uma melhora em suas vidas, levando em consideração as suas realidades socioeconômicas atuando junto à um implemento a educação em saúde das mulheres, incentivando o autocuidado e conhecimento de práticas preventivas.

METODOLOGIA

Este e-book trata-se de uma revisão integrativa da literatura acerca do tema da atenção primária no câncer de mama, com o objetivo de sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre o tema de maneira sistemática, ordenada e abrangente, além de ressaltar os pontos em que devem ser trabalhados de modo incessante para uma melhora significativa da promoção à saúde das mulheres e também o rastreamento de futuros casos de câncer de mama até o seu tratamento e controle da neoplasia. A coleta de dados foi realizada no mês de novembro de 2021 e foram analisados artigos publicados acerca do tema entre 2005 até 2021. Foi utilizado para a pesquisa as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), National Library of Medicine (PUBMED), google academico, Instituto Nacional do Cancer Jose Alencar Gomes da Silva, INCA disponibilizados na íntegra online, além de livros publicados sobre o tema.

DISCUSSÃO

A prevenção primária objetiva a promoção em saúde, cuja finalidade seria diminuir ou anular o surgimento de patologias em pessoas ou grupos alertando-os para os fatores de risco. Com relação à neoplasia mamária, alguns fatores não são passíveis de mudanças, como a idade; história familiar; maior número de ciclos menstruais pela menarca precoce e/ou menopausa

tardia; tecido mamário denso e terapias anteriores com radiação.

Outros fatores consideráveis de risco estão associados ao estilo de vida adotado pelas mulheres, como a nuliparidade, ou a primeira gestação após os 30 anos; uso de contraceptivos orais e terapias hormonais que combina estrogênio e progesterona. Em contra ponto, o aleitamento materno e o exercício físico vem sendo apontados na literatura como fatores protetores à doença. (SOCIETY, et al 2013).

Correlacionando a temática do artigo com as políticas públicas e programas de rastreamento, observa-se que não existe nenhum método isento de falhas como prevenção primária para o câncer de mama. Porém, existem três estratégias de prevenção secundária para a detecção precoce: o autoexame das mamas (AEM), o exame clínico das mamas (ECM) e a mamografia bilateral (MMG), sendo esta última considerada o método de eleição de rastreio em programas populacionais pelo seu impacto sobre a mortalidade. (BRITO, et al 2010).

Autoexame das mamas

Nos últimos anos tem-se abordado amplamente a necessidade do autoexame das mamas como meio de identificar precocemente alguma alteração, pois esse é um método fácil, indolor e sem custos financeiros. Ademais, o autoexame das mamas é fundamental para o autoconhecimento das mulheres acerca das mamas, de modo que elas se familiarizar com a forma, o tamanho, o aspecto da pele e do mamilo, com vistas a facilitar a detecção precoce de anormalidades.

O autoexame das mamas não pode ser visto como uma estratégia isolada de detecção precoce do câncer de mama, pela ausência de evidências do seu benefício. A recomendação é que o exame das mamas seja realizado pela própria mulher, e assim se fazem necessárias ações de educação em saúde que contemplem o conhecimento do próprio corpo. O autocuidado em saúde está relacionado como uma forma de evitar o desenvolvimento de doenças, sendo, portanto, um cuidado preventivo. Nesse sentido, a mulher necessita de suporte informativo, acesso aos serviços de qualidade e a profissionais orientados para a promoção da saúde (LATTANZI,et al 2014).

Dados indicam que a maioria das mulheres com câncer de mama identificou o câncer por meio da palpação ocasional em comparação com o autoexame. Aproximadamente 65% das mulheres identificam o câncer de mama ao acaso e 35% por meio do autoexame (ALENCAR, et al 2014).

Transmitir a informação não é suficiente para a mudança de comportamento, já que a

prática do AEM depende da decisão da mulher e de sua compreensão sobre a importância de prevenir a doença. A orientação deve partir do princípio de que a mulher realize a autopalpação das mamas sempre que se sentir confortável para tal durante o seu cotidiano, no momento do banho ou de troca de roupa, sem nenhuma recomendação de técnica específica, procurando valorizar a descoberta de pequenas alterações mamárias.

Exame Clínico das Mamas

Este exame é realizado por profissionais da saúde treinados e autorizados para avaliar as mamas. O exame físico consiste em inspeção das mamas, palpação das mamas e linfonodos. O exame clínico das mamas possui um importante papel na prevenção secundária do câncer de mama, principalmente pelo seu fácil acesso e baixo custo e por ser uma medida mais efetiva do que o autoexame das mamas. Deve contemplar os seguintes passos para sua adequada realização: inspeção estática e dinâmica das mamas, palpação das axilas e região supra e infraclavicular e palpação da mama com a paciente posicionada em decúbito dorsal.

Estudos demonstram que o ECM é uma das mais realizadas práticas de detecção precoce, havendo sua priorização pelos profissionais da atenção básica em detrimento a mamografia, uma vez que o número de exames disponibilizados para o serviço público de saúde não atende à demanda necessária para uma política de rastreamento adequada (GURGEL, et al 2010).

Além dessa prática, para o enfrentamento do câncer de mama no país, o Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva recomenda o rastreamento por mamografia para as mulheres com idades entre 50 e 69 anos, com um intervalo máximo de dois anos entre os exames. Já o rastreamento por meio do exame clínico das mamas deve ser oferecido anualmente para todas as mulheres a partir dos 40 anos. A mamografia e o exame clínico das mamas devem ser realizados anualmente por mulheres a partir dos 35 anos de idade que pertençam a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama.

Mamografia

A mamografia é considerada como o método mais eficaz para detecção precoce do câncer de mama, pois está diretamente associado à redução da mortalidade causada por esse câncer. Porém, o programa para o rastreamento do câncer mamário através da mamografia no Brasil tem caráter oportunístico, pois somente a procura espontânea por qualquer consulta médica motiva a solicitação desse exame (GURGEL, et al 2010).

O exame de mamografia é recomendado para todas as mulheres acima dos 50 anos de

idade. Porém, isso pode variar de mulher para mulher, uma vez que se houver histórico familiar, o procedimento deverá ser feito a partir dos 40 anos após orientação médica.

Estudos randomizados realizados entre 1976-1990 evidenciaram que o rastreamento do câncer de mama com base em mamografia pode reduzir a mortalidade por câncer de mama em média 25% em mulheres com idade entre 50-69 anos. Mas recentemente, a análise dos programas de rastreamento dos serviços de base populacional realizados entre mulheres com idade entre 40-69 anos tem demonstrado que a triagem atendimento e mamografia regular pode proporcionar uma redução de 40-45% da mortalidade por câncer de mama (BORGES, et al 2008).

A Mamografia permite a detecção precoce do câncer da mama 3 a 4 anos antes da manifestação de sintomas, aumentando assim as hipóteses de um tratamento menos invasivo e mais eficaz. Existem dois tipos de mamografia: a convencional, realizada com um aparelho analógico, e a digital, realizada com um aparelho digital. Os estudos ainda não indicaram diferenças na capacidade de detecção do câncer entre os aparelhos, contudo, a mamografia digital costuma ser mais precisa na c aptação de imagens de mamas mais densas, comuns em mulheres mais jovens.

Dados do Sistema Único de Saúde (SUS), mostram que menos de 30% da população que, segundo a portaria do MS, deveria fazer a mamografia se submeteu ao exame. Para que ocorra redução na mortalidade pela doença, seria preciso que ao menos 70% das mulheres entre 50 e 69 anos aderissem ao rastreamento, segundo orientação da OMS (SOGESP, et al 2014).

Apesar de existir uma política pública para o rastreamento e detecção precoce do câncer de mama no Brasil, evidenciou-se, nos artigos analisados, a dificuldade na adesão das mulheres brasileiras pelas práticas preventivas, indicando que os programas de rastreamento estão aquém do que se é preconizado. A análise dos artigos científicos utilizados nesta pesquisa indica ainda a escassez de recursos destinados à saúde. Dessa forma, constata-se que o segmento das recomendações dos órgãos de referência para o rastreamento do câncer de mama no país é deficitário (PAQUIER et al., 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fica constatado com esse breve estudo que, apesar de disponível à população, demanda-se uma maior e melhor imersão do público alvo das políticas para o devido diagnóstico e tratamento do câncer de mama no Brasil. Isso possivelmente ocasionaria uma drástica

diminuição na taxa de mortalidade da doença no país, que vem agindo aquém do orientado pela OMS.

REFERÊNCIAS

Altobelli E, Lattanzi A. Breast cancer in European Union: an update of screening programmes as of March 2014 (review). *Int J Oncol*. [Internet]. 2014 [citado em 24 abr 2017]; 45(5):1785-92.

American Cancer Society [Internet]. 2013. What is breast cancer? [updated 2013 Sept 11; about 5 screens.].

Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (SOGESP). Rastreamento preventivo do câncer de mama [Internet]. 2013[cited 2014 Mar 14]

Borges JBR, Morais SS, Borges TG, Guarisi R, Maia EMC, Paganotti JC, et al. Breast self-examination by women in Jundiaí, São Paulo state, Brazil. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2008[cited 2014 Mar 14];54(2):113-22.

Brito LMO, Chein MBC, Brito LGO, Amorim AMM, Marana HRC. Knowledge, practice and attitude about breast self-exam from women of a Northeastern municipality, Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2010[cited 2014 Mar 14];32(5):241-6.

BUSHATSKY, Magaly et al. Câncer de mama: ações de prevenção na atenção primária à saúde. *Rev enferm UFPE*, v. 8, n. 10, p. 3429-36, 2014.

Goes EF, Nascimento ER. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. *Saúde Debate*. [Internet]. 2013 [citado em 21 mar 2017]; 37(99):571-9.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Controle do câncer de mama: detecção precoce [Internet]. Rio de Janeiro: INCA ; [cited 2014 Mar 14]

Marchi AA, Gurgel MSC. Adherence to the opportunistic mammography screening in public and private health systems. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2010[cited 2014 Mar 14];32(4):191

MELO, Fabiana Barbosa Barreto et al. Detecção precoce do câncer de mama em Unidades Básicas de Saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 34, 2021.

OHL, Isabella Cristina Barduchi et al. Ações públicas para o controle do câncer de mama no Brasil: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 69, p. 793-803, 2016.

OLIVEIRA, Shirley Batista; SOARES, Daniela Arruda. Acesso ao cuidado do câncer de mama em um município baiano: perspectiva de usuárias, trabalhadores e gestores. *Saúde em Debate*, v. 44, p. 169-181, 2020.

SALA, Danila Cristina Paquier et al. Rastreamento do câncer de mama na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 74, 2021.

CAPÍTULO 4

ATUAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Eduardo Daibes Pereira, Universidade Iguazu, *campus v*, faculdade de ciências biológicas e da saúde, curso de graduação em medicina; Itaperuna – RJ.

Gabriel Pessanha Gonçalves Silva, Universidade Iguazu, *campus v*, faculdade de ciências biológicas e da saúde, curso de graduação em medicina; Itaperuna – RJ.

Kevynn Medina Mayerhofer, Universidade Iguazu, *campus v*, faculdade de ciências biológicas e da saúde, curso de graduação em medicina; Itaperuna – RJ.

Livia Luiza Santos Gouveia, Universidade Iguazu, *campus v*, faculdade de ciências biológicas e da saúde, curso de graduação em medicina; Itaperuna – RJ.

Murilo Satolo Gualandi, Universidade Iguazu, *campus v*, faculdade de ciências biológicas e da saúde, curso de graduação em medicina; Itaperuna – RJ.

Rachel Maria Bastos Silva, Universidade Iguazu, *campus v*, faculdade de ciências biológicas e da saúde, curso de graduação em medicina, Itaperuna – RJ.

RESUMO

A atenção primária à saúde (APS), tema do nosso estudo, é considerada o ponto de comunicação da rede de atenção à saúde (RAS) e possui a função de coordenar o cuidado. Nosso objetivo é analisar a correlação entre atenção primária e os atendimentos de urgências e emergências, além de destacar a importância da coordenação do atendimento. No que tange a metodologia, trata-se de um estudo de natureza qualitativa, fundamentado na pesquisa bibliográfica, sob o enfoque da revisão de literatura narrativa, para tanto foram utilizados livro-texto, artigos científicos e/ou periódicos rastreados em plataformas de dados, tais como: Scielo, Bireme, Medline, entre outros. As normas que regulamentam os serviços de atendimento de urgência e emergência estabelecem que o paciente deva ser atendido pela atenção primária e quando essa não tiver capacidade para a resolução do problema, o mesmo deve ser encaminhado para um serviço de maior complexidade que atenda à sua necessidade. O estudo apontou que o serviço de atenção primária à saúde são de extrema importância para os atendimentos de urgências e emergências, estando presentes no atendimento inicial, como porta de entrada para os usuários da rede de atenção à saúde e na organização e coordenação desse sistema.

PALAVRAS CHAVE: atenção, primária, saúde, urgência, emergência.

ABSTRACT

Primary health care (PHC), the subject of our study, is considered the communication point of the health care network and has the function of coordinating care. The Objective is analyze the correlation between primary care and urgent and emergency care, in addition to highlighting the importance of coordinating care. This is a study of the qualitative nature, fundamented by bibliographic research, under the focus of narrative literature review. For that, book-texts, scientific articles and/or traced-in data platforms series. The rules that regulate urgent and emergency care services establish that the patient must be attended by primary care and when this is not capable of solving the problem, they must be referred to a more complex service that meets their need. The study pointed out that the primary health care service is extremely

important for urgent and emergency care, being present in the initial care, as a gateway for users of the health care network and in the organization and coordination of this system.

KEY-WORDS: care, primary, health, urgency, emergency.

INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS), tema do nosso estudo, é considerada o ponto de comunicação da rede de atenção à saúde (RAS) e possui a função de coordenar o cuidado. A APS é caracterizada como ordenadora do cuidado organiza e racionaliza o uso de todos os recursos básicos e especializados direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (ROS, C. et al. 2018).

Segundo Cunha (2017), a Atenção Primária à Saúde e os serviços de urgência e emergência são considerados como a porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde e importantes campos de atuação dos profissionais da medicina, o que evidencia a necessidade de conhecimento e estudos focados na inter-relação entre ambos.

Diante do exposto levanta-se a seguinte questão-problema, “Como ocorre à atuação da atenção primária mediante os atendimentos de urgência e emergência na saúde pública?”, em face de tal problemática o estudo tem por objetivo analisar a correlação entre atenção primária e os atendimentos de urgências e emergências, além de destacar a importância da coordenação do atendimento.

No que tange a metodologia, trata-se de um estudo de natureza qualitativa, fundamentado na pesquisa bibliográfica, sob o enfoque da revisão de literatura narrativa, para tanto foram utilizados livro-texto, artigos científicos e/ou periódicos rastreados em plataformas de dados, tais como: Scielo, Bireme, Medline, entre outros.

DISCUSSÃO

As equipes da Atenção Primária em Saúde organizam-se a partir das necessidades e problemas de saúde da população adstrita atuam no processo de saúde e doença, no contexto da prevenção de agravos, na promoção de saúde e no tratamento das condições crônicas de saúde mais prevalentes, assim como nos atendimentos das situações de urgência e emergência que chegam nesse nível da atenção (Amaral, C. et al. 2018). A consolidação da APS nas últimas décadas representa um dos avanços mais relevantes do SUS enquanto política pública e sistema de saúde universal no Brasil.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), reeditada em 2017, reforça que a atenção primária constitui a porta preferencial de entrada nas redes de atenção à saúde, sendo responsável pelos casos de agudização de pacientes crônicos e também pelo primeiro atendimento às situações de urgência e emergência mediante o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), com equipes de saúde qualificadas para reconhecer tais situações a fim de priorizar os atendimentos, fornecendo o suporte adequado até que sejam referenciadas para outros pontos de atenção da RAS quando necessário. (SILVEIRA, A. 2020)

De acordo com os estudos de Amaral (2018), os sistemas de atenção à saúde baseados na orientação para a atenção primária à saúde, como é o caso do Sistema Único de Saúde (SUS), são mais adequados por que se organizam a partir das necessidades de saúde da população; mais efetivos porque atuam nas condições crônicas mais prevalentes e por impactar significativamente nos níveis de saúde da população; e, mais eficientes por que apresentam menores custos e reduzem procedimentos mais caros. Porém, para que isso se reflita na realidade, a APS deve ser capaz de cumprir com coordenação dos fluxos, a resolução dos problemas de saúde e a capacidade de acolher e responsabilizar-se sanitária e economicamente, por sua população.

No início do século XXI o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que culminou em 2003 com a criação da Política Nacional de Humanização (PNH) – Humaniza SUS – sendo eixo norteador para as práticas de gestão e assistência, tendo como principal alicerce a participação e coresponsabilização dos sujeitos envolvidos nos diversos processos de trabalho em saúde (SOUSA, K. et al. 2019). Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH) de 2013 do Ministério da Saúde, acolher significa prestar um atendimento com compromisso solidário e humanitário, com qualidade e dignidade, com o objetivo de colocar em prática os princípios do SUS, dentre eles a universalidade de acesso, a integralidade da assistência e a equidade nos atendimentos.

As normas que regulamentam os serviços de atendimento de urgência e emergência estabelecem que o paciente deva ser atendido pela atenção primária e quando essa não tiver capacidade para a resolução do problema, o mesmo deve ser encaminhado para um serviço de maior complexidade que atenda à sua necessidade. Entre as vantagens dos serviços de APS em acolher as demandas de urgência e emergência está o potencial de continuidade da assistência, necessária para uma melhor abordagem dos problemas de saúde (AMARAL, C. et al. 2018).

A APS, caracterizada como ordenadora do cuidado, e organiza e racionaliza o uso de todos os recursos básicos e especializados direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. Coordenação do cuidado significa estabelecer conexões de modo a alcançar o objetivo maior de prover/atender às necessidades e preferências dos usuários na oferta de cuidados em saúde, com elevado valor, qualidade e continuidade (ALMEIDA, P. et al. 2018).

Com base nas pesquisas de Da Ros (2018), foi evidenciado que os serviços de urgência e emergência brasileiros encontram-se abarrotados, com demandas que misturam, no mesmo ambiente, pessoas em reais situações de urgência e emergência e outras de baixa complexidade, o que tem interferido no processo de trabalho das equipes e na qualidade do cuidado prestado. A coordenação no Brasil é dividida em horizontal e vertical em que, segundo Almeida (2018), diferencia-se entre as iniciativas e arranjos que são necessários para integrar os serviços e ações de saúde em um mesmo nível de atenção (coordenação horizontal) ou em distintos níveis do sistema (coordenação vertical). Podemos compreender que o modelo ótimo de coordenação deve ser ajustado em função das necessidades do usuário, contexto dos sistemas de saúde, com suas distintas competências e formas de organização, e que vai requerer arranjos compatíveis com tais necessidades e especificidades de modo a dar uma resposta legítima e válida aos problemas de saúde das populações

Na PNAB (Ministério da Saúde, 2017) a coordenação do cuidado é definida como ‘coordenação da integralidade’, um dos fundamentos da APS que deve ser viabilizado por meio de estratégias de integração horizontal (ações programáticas e demanda espontânea, ações de vigilância à saúde e assistenciais, trabalho multiprofissional e interdisciplinar e em equipe) e integração vertical entre os diversos níveis de atenção que compõem as RAS.

O documento Humaniza SUS, elaborado pelo Ministério da Saúde (2004) afirma que os profissionais da atenção básica têm dificuldades de prestar atendimento ao paciente que chega à unidade com uma urgência de maior gravidade. O impulso de encaminhar o paciente rapidamente a um nível assistencial mais complexo sem realizar sequer uma avaliação e estabilização do paciente pode estar relacionado à falta de capacitação profissional para este tipo de atendimento. Tal fato pode ser um dos motivos que explica o grande congestionamento encontrado na rede de saúde em atendimentos de urgências e emergências e cabe a APS como organizadora do fluxo de atendimento, buscar a melhor solução para tal problemática. Os serviços de urgência e emergência são essenciais na assistência em saúde e considerados serviços abertos no Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, há sobrecarga de serviços, em face de inúmeros fatores, dentre eles: demanda excessiva, problemas de estruturação das redes

de atenção à saúde, escassez e desajustes no dimensionamento de recursos humanos, escassez de recursos materiais, violência e acidentes de trânsito.

Além disso, outras situações são identificadas como causas de encaminhamento para os serviços de urgência, tais como quando os usuários dos serviços de atenção primária à saúde em situação aguda não conseguem ser incluídos na agenda da unidade, quando não há medicamentos padronizados disponíveis e quando necessitam fazer algum exame em outros serviços. Segundo Almeida (2018), esse problema afeta a estruturação da rede, pois uma APS sem cobertura apropriada ou desestruturada se reflete em sobrecarga para o restante dos serviços de saúde e acesso por vias não adequadas, limitando o acesso oportuno.

Atualmente, tem se como subsídio legal que a organização das redes de atendimento às urgências e emergências abrange o componente pré-hospitalar fixo e móvel, que abriga as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégias Saúde da Família (ESF) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) além do sistema inter e pós hospitalar (FREITAS, T. et al.2020).

A escala mais utilizada no ACCR é o Sistema de Triagem de Manchester (STM) para estabelecer padrões de atendimento para as situações de urgência e emergência, bem como para substituir o modelo tradicional ordenado por hora de chegada no serviço, pois estabelece o tempo de espera, minimizando as filas e garantindo o acesso aos serviços. Trata-se de um método dinâmico que identifica e analisa as situações com o potencial de risco, de modo a ofertar cuidados imediatos por meio de um atendimento rápido e efetivo (SILVEIRA, A. 2020). A classificação de risco proporciona humanização no atendimento e no trabalho da equipe multidisciplinar, pois possibilita mais agilidade no atendimento mediante aplicação de instrumentos de avaliação prévia que permite ao profissional selecionar com mais segurança as prioridades centradas nas necessidades dos usuários de acordo com o nível de complexidade clínica. O **Protocolo de Manchester** classifica os doentes por cores, após uma triagem baseada em sintomas, de forma a representar a gravidade do quadro e o tempo de espera para cada paciente, o que podemos conferir de acordo com a tabela abaixo:

Imagem 1: Classificação por cores no Sistema de Triagem de Manchester.

	Prioridade	COR	TEMPO
1	Emergente	Vermelho	0 minutos
2	Muito Urgente	Laranja	10 minutos
3	Urgente	Amarelo	60 minutos
4	Pouco Urgente	Verde	120 minutos
5	Não Urgente	Azul	240 minutos

Fonte: Centro de treinamento de emergências, 2017.

Segundo Farias (2015), as situações de urgência e emergência podem ser compreendidas como uma ocorrência imprevista, podendo ou não proporcionar agravos à saúde, com ou sem risco potencial de morte. Nessas situações, o usuário necessita de assistência imediata, e o tempo em que deve ser realizado o atendimento é denominado “hora de ouro” pela importância para cura, reabilitação ou morte do usuário. Há grande possibilidade de sobrevivência, caso o usuário receba atendimento inicial em tempo hábil, por profissionais capacitados e supridos de materiais e medicamentos necessários para a estabilização e/ou resolução dessas situações. Os profissionais que trabalham no setor de urgência e emergência, precisam ser capazes de tomada de decisão em tempo hábil a serem implementadas, avaliando o paciente de forma eficiente. De acordo com De Oliveira (2019), um dos ambientes de saúde considerados mais estressantes é a unidade de emergência, pois refere-se ao local que presta atendimento ao paciente em situação de risco imediato.

Em 2002, o Ministério da Saúde estabeleceu, por meio da portaria nº2048 que uma retaguarda pactuada que permita o encaminhamento de pacientes acolhidos pela UBS e que necessitam de cuidados em níveis assistenciais de maior complexidade é de extrema importância. Além disso, a portaria institui que as unidades devem possuir um serviço de transporte para os casos agudos que chegam na unidade que precisem ser atendidos em outros pontos de atenção, esse tipo de transporte é realizado atualmente pelo serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU).

Para garantir o acesso, a integralidade e a resolutividade, é preciso aprimorar os fluxos dos usuários no interior do serviço, desde a recepção até a sua saída ao final do atendimento (FACCHINI, L. et al. 2018). O agendamento, o acolhimento, o vínculo, a demanda espontânea e a demanda programada, a atribuição de cada profissional da equipe, as relações do serviço com a rede de atenção e a rede de apoio diagnóstico e terapêutico precisam ser discutidos e pactuados com as equipes e com a gestão municipal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apontou que os serviços de APS são de extrema importância para os atendimentos de urgências e emergências, estando presentes no atendimento inicial, como porta de entrada para os usuários da RAS e na organização e coordenação desse sistema. A relação entre as unidades de saúde e as unidades de pronto atendimento deve-se basear na comunicação, no acesso da população aos serviços de saúde, no processo de trabalho e no entendimento das funções de cada equipamento de saúde na rede de atenção.

No que tange as dificuldades na organização do sistema, os serviços de urgência ainda são pontos da rede onde há grande demanda de atendimento de usuários que poderiam ser avaliados em outros níveis de atenção. Indicam ainda a necessidade de reavaliação dos fluxos relacionados à classificação de risco e atendimento inicial, com o intuito de melhorar a precisão dos registros e do tempo referente ao primeiro atendimento após a classificação.

No campo da urgência e emergência, os profissionais de saúde podem assumir o protagonismo na efetivação da PNH, por meio do gerenciamento de casos, responsabilizando-se pela ordenação, direcionamento e integração de todos os pontos das redes de atenção, sendo este um potencial para melhor coordenação do cuidado.

Portanto, o atendimento de urgência e emergência é destinado a usuários que necessitam de atendimento imediato ou que apresentam condições de danos à saúde, risco de morte e deve ser prestado em todas as portas dos serviços de saúde. Ainda que se considere ideal o sistema de atendimento à necessidade de saúde, é imprescindível que situações de urgência e emergência estejam presentes nos serviços de APS.

Para concluir, cabe aos gestores da atenção primária incentivar seus profissionais a colocarem em prática as portarias estabelecidas pelo Ministério da Saúde, para que a atenção básica seja participante e atuante efetiva na rede de urgências, além disso, destaca-se que os profissionais atuantes nas unidades precisam ter ciência e capacitação contínua para que possam prestar o cuidado de modo eficiente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Patty Fidelis de et al. Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em debate**, v. 42, p. 244-260, 2018.

AMARAL, Carolina Siqueira et al. Situações de urgência e emergência na atenção primária reguladas pelo SAMU. **J. Health NPEPS**, p. 241-252, 2018.

BRASIL MS. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de Nov. de 2002. . **Diário Oficial da União**, Brasília, 2002.

BRASIL MS. Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: **Ministério da Saúde**; 2004.

BRASIL MS. Política Nacional de humanização. **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**. 1ª ed. 1ª reimpressão; 2013.

CUNHA, Franciele Ornelas et al. Qualidade de vida de médicos da atenção primária à saúde e dos serviços de urgência e emergência. **Renome**, v. 5, n. 2, p. 52-62, 2017.

DA ROS, Carla et al. Atenção primária à saúde: ordenadora da integração assistencial na rede de urgência e emergência. **REME rev. min. enferm**, p. e-1137, 2018.

DE OLIVEIRA, Ana Paula Santos et al. O esgotamento físico dos enfermeiros no setor de urgência e emergência: revisão integrativa. **Nursing (São Paulo)**, v. 22, n. 251, p. 2839-2843, 2019.

FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine; DILÉLIO, Alitéia Santiago. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 208-223, 2018.

FARIAS, Deborah Curvelo de et al. Acolhimento e resolubilidade das urgências na estratégia saúde da família. **Revista brasileira de educação médica**, v. 39, p. 79-87, 2015.

FREITAS, Taysa Cristina Cardoso et al. A Atenção Primária como parte integrante da rede de atendimento as Urgências e Emergências: à luz da literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 38, p. e2881-e2881, 2020.

Política Nacional De Atenção básica (PNAB), portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Ministério da saúde**. 2017

ROS, Carla Da et al. Atenção primária à saúde: ordenadora da integração assistencial na rede de urgência e emergência. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 22, p. 1-6, 2018.

SILVEIRA, Andréia da. Fluxograma de acolhimento das situações de urgência e emergência na atenção primária em saúde. **Repositório Jesuíta**. 2020.

SOUSA, Kayo Henrique Jardel Feitosa et al. Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019.

CAPÍTULO 5

IMPORTÂNCIA DA PUERICULTURA NA ATENÇÃO BÁSICA

Alessandra Nacif Pinheiro Morucci, Graduada em Psicologia pela Fundação São José,
Graduada em Medicina pela Universidade Iguazu – *Campus V.*

Ana Beatriz Marques Ferreira da Silva, Graduada em Medicina pela Universidade Iguazu
– *Campus V.*

Isabella Oliveira Rios, Graduada em Medicina pela Universidade Iguazu – *Campus V.*

Loren Escocard Lopes, Graduada em Medicina pela Universidade Iguazu – *Campus V.*

Mariana Caraline Castelo Branco Duarte, Graduada em Farmácia pela Fundação São José,
Graduada em Medicina pela Universidade Iguazu – *Campus V.*

Mariana Viana Santos, Graduada em Medicina pela Universidade Iguazu – *Campus V.*

Sávio Rubens Pereira da Silva, Graduando em Medicina pela Universidade Iguazu –
Campus V.

RESUMO

O referente trabalho é uma revisão bibliográfica acerca do tema: puericultura. A atenção básica tem como pilar a estratégia de saúde da família, com finalidade de estender o acesso à saúde e reorganização do fluxo dos pacientes no SUS. A puericultura na atenção primária à saúde é uma prática de acompanhamento do crescimento desenvolvimento da criança nos dois anos de vida, considerando o ambiente familiar e contexto social no qual estão inseridos. Onde se avalia o crescimento e desenvolvimento, peso, estatura, desenvolvimento neuropsicomotor, imunizações e intercorrências, bem como o estado nutricional, de forma a orientar o responsável sobre os cuidados que a criança deve ser submetida em todo o atendimento. Foram utilizados os seguintes questionamentos norteadores para o desenvolvimento da pesquisa: Como funciona a puericultura na atenção básica UBS? Como é feita a consulta de puericultura o que é abordado? Qual a importância e principais objetivos da puericultura? Desta forma, refletindo nos questionamentos como seria os indicadores de saúde destas crianças.

PALAVRAS-CHAVE: Unidade Básica de Saúde; Puericultura; Acompanhamento infantil; Atenção primária.

ABSTRACT

The work is a literature review on the topic: childcare. Primary care is based on the strategy of expanding access to health and reorganizing the flow of patients in the SUS. Childcare in primary health care is a practice of monitoring the growth of the child in the two years of life, considering the family environment and the social context not included. Where growth and development, weight, height, psychomotor, as well as the state of neurocurrences and intercurrents are responsible for the growth and care that the child must guide, must be nutritional, as well as evaluate throughout the care. The following guiding questions were used for the development of the research: How does childcare work in UBS primary care? How is childcare performed, what needs to be consulted? What is the importance and main objectives of childcare? In this way, reflecting on the questions about the health indicators of these children.

KEYWORDS: Basic Health Unit; Childcare; Child care; Primary attention.

INTRODUÇÃO

A infância é evidentemente o período em que ocorre o desenvolvimento da maior parte das capacidades humanas. Dessa maneira, é notável que o indivíduo receba cuidados específicos, a fim de promover e garantir uma qualidade de vida e um desenvolvimento saudável.

A Constituição Federal, de 1988, estabeleceu que a saúde é um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado. Nesse contexto, a saúde da criança e os acompanhamentos de puericultura tornam-se parte fundamental para a concretização de tal definição de saúde.

Entende-se por puericultura:

A arte de promover e proteger a saúde das crianças, através de uma atenção integral, compreendendo a criança como um ser em desenvolvimento com suas particularidades. Apesar de ser uma especialidade iniciada em princípio na Pediatria, leva em conta a criança, sua família e o entorno, analisando o conjunto bio-psico-sócio-cultural, sendo também fundamental no acompanhamento das crianças as equipes da Estratégia da Saúde da Família. (Manual de acompanhamento da criança, Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo, 2015.)

A Atenção Primária é responsável por assegurar a promoção, prevenção e recuperação da saúde, considerando todas as fases da vida, e tem consolidado como um instrumento de acompanhamento infantil o Programa de Puericultura. A Puericultura tem por objetivo acompanhar o desenvolvimento das crianças, bem como incentivar o aleitamento materno, orientar os pais e responsáveis com os cuidados necessários, avaliar caderneta de vacinação, prevenir e tratar doenças.

Sabendo desta relevância, o presente estudo teve como propósito destacar a importância da puericultura, seus principais objetivos e sobretudo a funcionalidade da puericultura na atenção básica.

QUAL A IMPORTÂNCIA DA PUERICULTURA?

A puericultura é um mecanismo fundamental para a assistência da saúde da criança, na qual, se torna primordial no acompanhamento realizado nas consultas por médicos pediatras. Ela está voltada para o estudo que visa defender e auxiliar contra danos que possam interferir no crescimento e desenvolvimento físico e mental de pacientes menores de cinco anos, considerando a família e o ambiente social nos quais estão inseridos. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil é de extrema importância para proporcionar um olhar integral e humanizado da criança dentro do contexto físico, psicológico e social (BARRETO et al., 2020).

No Brasil em 1988 a Constituição Federal definiu, em seu artigo 196, que a saúde é direito de todos e dever do estado e, em 1990, teve a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual, no âmbito da saúde da criança, o programa de puericultura propõe ao acompanhamento da saúde infantil, a fim de garantir um crescimento saudável, sendo responsável pela promoção, prevenção e recuperação dos indivíduos nessa fase da vida, tornando-se eixo fundamental do SUS por proporcionar acesso de qualidade às ações de saúde (FERREIRA et al., 2017).

Desde então, o Brasil vem procurando desenvolver recursos em defesa dos direitos infantis e maternos, como o combate à desnutrição e ao analfabetismo e da erradicação de doenças que acometem milhões de crianças anualmente, levando a morte. Sendo assim, a consulta de puericultura é destinada à avaliação completa do paciente, no qual, o médico pediatra irá avaliar com as propriedades recomendadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar diversos aspectos do paciente, nesse sentido serão estimados itens como a curva de crescimento, os cuidados domiciliares dispensados à criança, condição nutricional, estado vacinal e desenvolvimento neuropsicomotor. Logo, quando identificadas alterações ou complicações específicas como às neurológicas, motoras, respiratórias, entre outras, são realizadas intervenções rápidas e eficazes.

PRINCIPAIS OBJETIVOS DA PUERICULTURA

Promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados, da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2015b, art. 2º).

A FUNCIONALIDADE DA PUERICULTURA NA ATENÇÃO BÁSICA

A consulta puericultura é considerada muito importante na atenção básica da saúde da criança. A funcionalidade dela engloba vários fatores, pois é fundamental o acompanhamento dessas crianças na atenção básica. Essas consultas proporcionaram, a verificação do estado da saúde da criança, acompanhando a parte social, física, alimentar, psicológica, patológica.

As consultas funcionam de maneira mais frequente nos primeiros 2 anos de vida, da criança. Onde será dividida por etapas, 7 consultas no primeiro ano, no segundo a criança tem que ter no mínimo duas consultas. De acordo com as consultas, o Ministério da Saúde exige também a verificação do cartão de vacina, nas consultas, principalmente em meses como; 1,2,3,4,5,6,12 e 15 (ao nascimento).

Uma anamnese completa e bem feita, de forma que avalie a criança com muita atenção em todos os aspectos, fazendo uma investigação com seus antecedentes patológicos, na sua alimentação, período neonatal e na gestação. É preciso colher da família, alguns comportamentos que a criança tem em casa, principalmente o desenvolvimento psicomotor, que são: habilidades motoras, linguagem gestual, desenvolvimento socioafetivo. Deve-se avaliar antecedentes vacinais, relacionamento com os familiares, verificação de fatores de risco na residência da família. É muito importante também na anamnese, questionar ao responsável como são os hábitos atuais da criança, como; intestinais, urinários, higiene, sono, a dieta da criança, se faz algum lazer, tempo que fica em televisão e a frequência da escolaridade. O exame físico, deve ser feito com muita paciência, começando sempre na sequência crânio-caudal. Avaliando sempre o peso, se a face tem algum tipo de assimetria, com a pele se há presença de edema, palidez, cianose e outros. Ainda no exame físico avaliar o tórax, abdome e por último a avaliação neurológica. A ausculta cardíaca, frequência cardíaca e aferir a pressão da criança fica por último no exame físico.

REFERÊNCIAS

BARRETO, T.; MENEZES LOPES, T.; SAYAGO MOLINA VIEIRA, M.; BULHOSA DE SOUZA, M.; DAYANE SCHOTERO VELOZO, K. **Importância das consultas de puericultura na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil: relato de experiência.** Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão. v. 11, n. 1, 14 fev. 2020. Disponível em: <https://periodicos.unipampa.edu.br/index.php/SIEPE/article/view/87640>. Acesso em: 25 de outubro de 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

DIUFRAAYER, Debora Fonseca Lourenço. **Puericultura e a atenção à saúde da criança na Clínica da Família Figueira em Nova Iguaçu- RJ.** 2016. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7949/1/Debora%20Fonseca%20Louren%20C3%A7o%20Diufraayer.pdf>. Acesso em: 30 de outubro de 2021.

LIMA, Kamila Ferreira; FERNANDES, Nataly Tavares; COUTO, Camila Santos do; CASIMIRO, Cintia Freitas; FROTA, Mirna Albuquerque. **A relevância da puericultura na atenção primária a saúde.** 2013. Disponível em: http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/0160po.pdf. Acesso em: 29 de outubro de 2021.

Manual de acompanhamento da criança. Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, 2015. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/programa-de->

fortalecimento-da-gestao-da-saude-no-estado-de-sao-paulo/consultas-publicas/manual_de_acompanhamento_da_crianca.pdf. Acesso em: 27 de outubro de 2021.

PINTO, Charlene Cruz Almeida; ROCHA, Thauana Oliveira; MENDES, Ana Márcia Chiaradia. **A importância do papel do enfermeiro nas consultas de puericultura na atenção básica: um estudo bibliográfico.** Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7949/1/Debora%20Fonseca%20Louren%C3%A7o%20Diufreyer.pdf>. Acesso em: 29 de outubro de 2011.

CAPÍTULO 6

A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A SAÚDE MENTAL

Andresa Maria Eccard André, Bacharelada em Medicina – UNIG.
Aonan de Oliveira dos Santos, Bacharelado em Medicina – UNIG.
Eduarda Ribeiro Tavares, Bacharelada em Medicina – UNIG.
Mateus Taveira Cleveland, Bacharelado em Medicina – UNIG.
Miguel Costa Duarte da Silva, Bacharelado em Medicina – UNIG.
Pedro Nogueira Chaves, Bacharelado em Medicina – UNIG.
Wallace Rodrigues Tamara Netto, Bacharelado em Medicina – UNIG.
Vanessa do Amaral Tinoco, Mestranda em Cognição e Linguagem pela UENF. Mestre em Terapia Intensiva pela Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva.

RESUMO

O presente artigo tem o intuito de realizar uma revisão de literatura acerca da saúde mental brasileira e a sua associação à Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Os cuidados quanto à saúde mental necessitam ser compreendidos por suas dimensões neurobiológicas, psicológicas e psicossociais, pois no Brasil há uma alta incidência relacionada à depressão e outros transtornos mentais como transtornos do neurodesenvolvimento cada vez mais presentes na população infanto-juvenil. Por conseguinte, a Atenção Primária à Saúde promove estratégias que devem contemplar e suprir as necessidades que os pacientes apresentam, priorizando os problemas de prevalência e incapacidade tendo como principal constituinte a Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF demonstra benefícios diversos como a promoção de saúde, tratamento humanizado focalizado na prevenção de doenças buscando informar e conduzir o paciente. Concluiu-se que no cenário brasileiro é relevante para o aprimoramento do SUS e para a construção de uma política de Saúde Mental eficiente, uma reestruturação da operacionalização com uma melhor definição e racionalização da demanda dos usuários, devendo-se focar na capacitação dos profissionais para uma relação mais humanizada e de confiança com os pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Saúde Mental; Transtornos do neurodesenvolvimento; Depressão; Sistema Único de Saúde

ABSTRACT

This article aims to carry out a literature review about Brazilian mental health and its association with Primary Health Care of the Unified Health System (SUS). Mental health care needs to be understood in terms of its neurobiological, psychological and psychosocial dimensions, as in Brazil there is a high incidence related to depression and other mental disorders, such as neurodevelopmental disorders, which are increasingly present in the child and adolescent population. Therefore, Primary Health Care promotes strategies that must contemplate and meet the needs that patients present, prioritizing problems of prevalence and disability, having the Family Health Strategy (ESF) as its main constituent. The ESF demonstrates diverse benefits such as health promotion, humanized treatment focused on disease prevention, seeking to inform and guide the patient. It was concluded that in the Brazilian scenario it is relevant for the improvement of the SUS and for the construction of an efficient Mental Health policy, a restructuring of the operationalization with a better definition and rationalization of the users'

demand, with a focus on the training of professionals to a more humanized and trusting relationship with patients.

KEYWORDS: Primary Health Care; Mental health; Neurodevelopmental disorders; Depression; Health Unic System.

INTRODUÇÃO

O Brasil através da Política Nacional de Atenção Básica de acordo com da Silva Filho e de Moraes Bezerra (2018) busca promover protocolos de atendimento para os profissionais da Atenção Primária à Saúde como: a prevenção de doenças, acolhimentos dos pacientes pela identificação das suas necessidades individuais, atendimento humanizado.

Segundo o autor supracitado a Atenção Primária à Saúde (APS) é a entrada principal do sistema de saúde e possui o acolhimento como fator crucial à receptividade. Dessa forma, o acolhimento deve possuir dimensões como: Técnica, Postura e Reorientação de Serviço. A Técnica de acolhimento deve incluir conhecimento científico sobre a situação abordada para que o paciente possa se sentir reconhecido. A Postura é caracterizada como dimensão para a abordagem entre o profissional e o paciente quando o mesmo chega ao serviço. Enquanto a Reorientação do Serviço promove o acolhimento como princípio organizador do processo de trabalho.

No entanto, o Brasil ainda apresenta lacunas terapêuticas entre a oferta e as necessidades do cuidado ao paciente portador de transtornos mentais. A Saúde Mental envolve questões diversificadas e a necessidade de conhecimento sobre os mesmos como: situação psicossocial, condições clínicas e de trabalho. Dessa forma, a acessibilidade de um serviço prestado ao paciente deve incluir fatores como: prestar assistência de forma personalizada de maneira a acolher as demandas, disponibilidade de profissionais que apresentam qualificação adequada, consideração aos aspectos culturais e socioeconômicos, estabelecimento de políticas públicas que não possuam focalização somente na doença, mas em sua prevenção.

De acordo a ideia difundida acima, é de conhecimento que os transtornos mentais como os transtornos iniciais do desenvolvimento estão cada vez mais presentes, de 31% a 50% da população brasileira já apresentou na vida pelo menos um episódio de distúrbio mental. O apoio dos profissionais de saúde e intersetorialidade entre o treinamento das equipes são imprescindíveis no cuidado (NOVAES NOGUEIRA et al., 2018). Transtornos do neurodesenvolvimento como o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é estimada complementarmente, em torno de 3 a 30% das crianças em idade escolar, sendo mais

frequente em crianças de 6 a 12 anos, enquanto entre 5% das crianças com esse diagnóstico, 2,5% dos adultos apresentam TDAH, sendo mais prevalente em meninos, com relação de 2:1 (SANTOS; FRANCKE, 2017). Enquanto o Transtorno do Espectro Autista apresenta dados de prevalência cada vez mais aumentados no mundo, sendo estimado entre 0,6% e 1% (LOPES; ALMEIDA, 2021).

Portanto, compreende-se como foram necessárias as mudanças promulgadas pelas Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica no âmbito nacional e como as mesmas têm se mostrado imprescindíveis na desestruturação de estigmas relacionados à saúde mental, à valorização do paciente, à focalização em práticas terapêuticas que trazem um tratamento mais humanizado e à descentralização da assistência (ROTOLI et al., 2019). As intervenções em Saúde Mental são necessárias para a modificação das condições e modos de vida, não se restringindo somente à cura de doenças e dessa maneira, olhando o paciente pelas suas dimensões e proporcionado o acolhimento.

Torna-se, portanto, indubitável a necessidade pela busca por novas maneiras para se prestar assistência aos pacientes, promover a saúde através de ações de característica comunitária e pela proteção dos pacientes portadores de transtornos mentais, treinamentos dos profissionais que realizarão esses atendimentos (FRATESCHI; CARDOSO, 2016).

REFERENCIAL TEÓRICO

A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

A promoção da saúde por meio do fortalecimento da APS, com o PSF como o seu eixo estruturante promove a manutenção da saúde através do fortalecimento da participação da população, criação de ambientes saudáveis, desenvolvimento de habilidades pessoais, visão geral do indivíduo e das suas questões familiares. Na Saúde Mental, os principais dispositivos são os grupos terapêuticos, os grupos operativos, abordagem familiar, as redes de apoio social, a convivência do paciente, o desenvolvimento de uma consciência social que demonstre os problemas individuais, grupais e sociais.

A APS no Brasil, segundo Arantes *et al.*, (2016) apresenta a implementação do Programa Saúde da Família (PSF) como um dos fatores mais importantes na saúde pública, reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), o qual proporciona a reorganização e expansão da Atenção Básica. Enquanto Facchini *et al.*, (2018) descreveram o desenvolvimento do e-SUS como instrumento essencial para promoção de informações, aprimoramento do atendimento oferecido, melhoramento da capacidade de vigilância epidemiológica.

A APS é um conjunto de iniciativas que buscam a promoção da saúde, a sua prevenção e manutenção. No Brasil, a APS é estruturada através da ESF e do planejamento da rede de atenção psicossocial (RAPS); a ESF possui como instrumento as equipes de saúde da família que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Por conseguinte, a PSF é essencial, pois a sua realização representa abordagens internas e externas de cuidados primários, uma abordagem mais abrangente da APS. O PSF proporcionou uma nova estratégia com atendimento primário e secundário, promove um espaço favorável para a promoção da Saúde Mental como o atendimento domiciliar com uma assistência mais individual, sendo as síndromes neuropsicológicas terem sido descritas como providas do processo de marginalização e exclusão social a partir da Reforma Psiquiátrica (ROSA; LABATE, 2003).

Segundo ao exposto acima, é de conhecimento que a PSF apresenta a desinstitucionalização e dinâmicas relacionais, essas relações promovem um engajamento maior entre as equipes e os pacientes que apresentam situações neuropsicológicas, incorporando assim, ações de promoção e educação para a saúde, causando melhorias na perspectiva de saúde com um modelo usuário/centrado.

A PSF possui como contribuição à APS dimensões como: organizativa, político-institucional e técnica-assistencial. Na dimensão política-institucional a ESF apresenta a expansão de cuidados primários em nível nacional, institucionalização da avaliação, promoção da equidade, no entanto, a ESF apresenta desafios quanto à formação profissional inadequada à APS, financiamento insuficiente, desconexão associada ao desenvolvimento intersetorial e dos vínculos profissionais com as instituições. Na dimensão organizativa, a ESF desenvolveu a entrega de serviços para as áreas periféricas e rurais, preencheu a ausência de atendimento em cidades menores, melhorando a integralidade da atenção. Enquanto na dimensão técnica-assistencial, a ESF proporcionou melhor trabalho multidisciplinar, acolhimento, serviço humanização quanto aos atendimentos (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

A ESF propõe um modelo de atenção, vigilância à saúde dirigida à família e à comunidade, embora a APS possuir como fundamentação a integralidade do cuidado ao paciente por completo, a saúde mental não foi focalizada no início, enquanto temas como a

saúde da criança e a da mulher, controle da hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, tuberculose e hanseníase (LOWENTHAL; OTHERS, 2012).

Como já abordado acima, mudanças foram necessárias para o tratamento da Saúde Mental, assim, desde 1830, há a luta da classe médica quanto às mudanças no tratamento psiquiátrico, de ‘loucura’ e dos ‘alienados’ para ‘doença mental’. Enquanto nas seguintes décadas até 1960, houve o aumento dessa população, superlotação das instituições responsáveis e atendimentos precários e pouco investimento. Consequentemente, na década de 1970, período em que o Brasil se encontrava em Regime Militar, houve movimentos pró reforma, consequentemente, surge a compreensão da necessidade da implementação da Saúde Mental à Saúde Pública. Posteriormente na década de 1980, há os movimentos reformistas Sanitário e Psiquiátrico baseado em princípios como a descentralização de decisões, regionalização da assistência, universalização do atendimento, integração e hierarquização dos serviços (ALMEIDA; CAMPOS, 2019).

Segundo ao exposto acima, nas décadas posteriores houveram mudanças e reorganizações administrativas, mesmo que lentamente, entre 1989 a 1993 aconteceu a integração de uma rede que possuía como base os princípios do SUS como a regionalização, integralidade das ações, participação popular tendo como características principais o combate ao modelo manicomial e às instituições manicomiais e asilares. Por conseguinte, houve uma implementação de uma interdisciplinaridade e inclusão. Em 1995, houve a implementação do Plano de Assistência à Saúde (PAS), com uma política de privatização da saúde pública municipal, sendo somente em 1996 a implantação do projeto QUALIS – Qualidade Integral à Saúde e do PSF (ALMEIDA; CAMPOS, 2019).

Depois de alguns anos, em 2002, aconteceu a III Conferência Nacional de Saúde Mental, as ações de saúde mental na APS foram incluídas, onde ocorreu a capacitação de equipes de Saúde da Família, atualização do uso de fichas específicas para a coleta de dados sobre Saúde Mental. Em 2007, foi definido pelo Ministério da Saúde que uma equipe de referência em Saúde Mental sediada ou não pelo CAPS deve ser responsável pelo aconselhamento de 6 a 9 equipes de Saúde da Família e APS. Em 2008, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) pela Portaria GM nº 154, estruturando políticas nacionais como a Atenção Básica, Promoção de Saúde, Integração da Pessoa com Deficiência, Alimentação e Nutrição, Saúde da Criança e do Adolescente, Práticas Integrativas e complementares, Pessoa Idosa, Saúde Mental, Humanização em Saúde (LOWENTHAL; OTHERS, 2012).

Posteriormente em 2011, o Ministério da Saúde aprovou a Portaria nº 2.488 estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para a ESF e para o PACS revogando a Portaria nº 648 de 2006. A ESF é considerada a principal divisão da atenção básica através do diagnóstico situacional, do cuidado das pessoas e de suas famílias por um longo período e da integração com instituições e organizações sociais (SINIBALDI, 2013).

Desde 2019 com o Decreto nº 9.795 de 17 de maio de 2019 do Ministério da Saúde, houveram alterações do organograma com a criação de uma Secretaria responsável pela APS e ESF. A Secretaria promove portanto, compromissos estruturais como: ampliação do acesso às unidades de saúde da família através do apoio aos gestores locais para transformar unidades que seja mistas, pronto-atendimentos, definição de modelos de financiamento que se baseie em saúde e eficácia e de formação de médicos para áreas em que se não obtém acesso à saúde, inclusão de trabalho em equipe, melhoramento da informatização de sistemas, ponderação de situações de saúde e faixas etárias (REIS et al., 2019).

É evidente, que a atuação da APS é importante no âmbito nacional. Apesar da APS no Brasil possuir uma capacidade reduzida sobre a letalidade de casos graves, a APS tem sido fundamental no atendimento e assistência à COVID-19 no Brasil, diminuição da disseminação da incidência da infecção, amenização de efeitos econômicos em medidas de distanciamento social, a condução de situações de vulnerabilidade das pessoas e posteriormente, o seu encaminhamento em fases mais críticas, além da priorização da vacinação, acompanhamento de gestantes e idosos. O trabalho de agentes comunitários de saúde (ACS) é também importante na identificação de famílias e pessoas que necessitam de auxílio e com o teleatendimento identificar e auxiliar os pacientes em relação à sua evolução clínica (DAUMAS et al., 2020).

A consolidação de determinadas práticas em Saúde Mental é muitas vezes confundida pelo direito a integralidade da saúde, pois as intervenções da assistência realizada ao paciente são associadas à organização dos trabalhos na APS, e devem focar no acolhimento proporcionado aos pacientes como ferramenta na criação de vínculo entre usuários e profissionais da APS. Enquanto no Brasil, a Política de Saúde Mental, determina que os hospitais psiquiátricos sejam substituídos pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatórios de Saúde Mental, residências terapêuticas, Apoio Matricial (AM). A AM é organizada em duas ou mais equipes que criam e compartilham uma relação e abordagem terapêuticas, sem ser necessário encaminhamentos, referências, protocolos e centros de regulação (JUNIOR; TOBIAS; TEIXEIRA, 2019).

A APS é essencial no atendimento à população como já citado, porém necessita atualizações em seu modelo de gestão da saúde, em que sua regulação assistencial com base na saúde da população seja diferente do que a regulação assistencial com base na gestão da oferta. Esse tipo de modelo buscaria uma regulação programada baseada em diretrizes clínicas baseadas em evidências clínicas, por questões de necessidade de uma população e em suas demandas levando à ausência de filas, ou filas gerenciáveis, redução de absenteísmo, prevenção quaternária na APS, com a sua execução por sistemas de coordenação e comunicação eficazes como evidenciado na tabela 1 (MENDES, 2015).

Tabela 1: Matriz de regulação da demanda e oferta nos sistemas da APS.

DEMANDA	LOGÍSTICA	OFERTA
<p>ANÁLISE DA DEMANDA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por tipo de demanda: consulta, exame e internação <ul style="list-style-type: none"> • Por unidade de APS • Por médico para perlição e identificação de outliers • Análise das pessoas hiperutilizadoras de serviços na APS • Quantificação da demanda 	<p>ANÁLISE DA LOGÍSTICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análise situacional dos sistemas logísticos relativos a tecnologias de informação nas relações entre Atenção Primária à Saúde e a atenção especializada • Análise situacional do transporte sanitário 	<p>ANÁLISE DA OFERTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por tipo de demanda: consultas, exames e internações <ul style="list-style-type: none"> • Por unidade de atenção especializada • Por médico especialista • Análise das pessoas hiperutilizadoras de serviços na atenção especializada • Quantificação da oferta por capacidade instalada
<p>RACIONALIZAÇÃO DA DEMANDA:</p> <p>Normalização dos processos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocolos clínicos das condições crônicas por estratos de risco • Protocolos clínicos das pessoas hiperutilizadoras <p>Normalização de habilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de educação permanente <p>Programação da demanda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planilha de programação segundo risco <p>Mecanismos de supervisão direta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supervisão local, supervisão regional e supervisão central <p>Dispositivos de enlçamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Matriciamento horizontal entre especialistas da APS • Segunda opinião à distância <ul style="list-style-type: none"> • Contatos telefônicos • Correio eletrônico entre profissionais e com as pessoas usuárias • Relatório padronizado de referência <p>Ações de controle do absenteísmo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contato pré-atendimento • Contato pós ausência ao atendimento 	<p>RACIONALIZAÇÃO DA LOGÍSTICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infovia da central de regulação • Prontuário eletrônico integrado • Sistema de transporte sanitário 	<p>RACIONALIZAÇÃO DA OFERTA:</p> <p>Normalização dos processos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocolos clínicos das condições crônicas por estratos de risco <p>Normalização de habilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de educação permanente <p>Programação da demanda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planilha de programação segundo risco dimensionada na APS <p>Mecanismos de supervisão direta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supervisão local <p>Dispositivos de enlçamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regionalização da atenção especializada • Matriciamento vertical de especialistas e generalistas: trabalho conjunto, segunda opinião e compartilhamento de plano de cuidado <ul style="list-style-type: none"> • Contatos telefônicos • Correio eletrônico • Relatório padronizado de contrareferência <p>Mecanismos de substituição:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Substituição de competências: do especialista para o clínico e a equipe interdisciplinar

Adensamento tecnológico da APS Prevenção quaternária Elaboração de lista de espera		<ul style="list-style-type: none"> • Substituição tecnológica: a atenção contínua, a atenção compartilhada a grupo, a atenção por pares e os grupos operativos • Eliminação do efeito velcro Aumento da oferta de atenção especializada
--	--	---

Fonte: MENDES, E. V. A construção social da atenção primária à saúde. **Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, v. 45, 2015.

A APS precisa de ações regulatórias que envolvam análise e racionalização da demanda, as quais incluem análises quantitativas e qualitativas. A análise quantitativa deve envolver questões como o número de consultas médicas, exames complementares, avaliações interdisciplinares, enquanto a análise qualitativa deve estar associada à avaliação do serviço de acordo com diretrizes clínicas, se os profissionais da APS são capacitados ao manejo dos pacientes com enfermidades e pessoas hiperutilizadoras. Posteriormente, deve ser feita a coordenação necessária (MENDES, 2015).

A DEPRESSÃO E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentou em seu relatório em 2017 os dados em que constataram 5,8% da população do Brasil, 11,5 milhões de pessoas com depressão e 18,6 milhões de pessoas ao que corresponde a 9,3% da população com distúrbios de ansiedade (SOUZA, 2019). De maneira evidente, a depressão é um problema significativo de saúde pública, a OMS também destaca problemas ainda presentes no país, mesmo após a Reforma Psiquiátrica, como a estigmatização dos transtornos mentais e como a falta de pessoas que são especializadas nessa área promove limitações quanto ao diagnóstico clínico de pacientes, sendo a APS um sistema necessário ao combate desse distúrbio (DARÉ; CAPONI, 2017).

A depressão segundo Edward Bibring, pode ser uma resposta a perda de um estado ideal do ser devido de acordo com Freud, à perda de um objeto internalizado e posteriormente Klein determina em determinada maneira essa sensação foi destruída por alguma ação. Enquanto Dr. Aaron Beck visualiza a origem da depressão como uma cognição patológica, prejudicando a maneira como um indivíduo enxerga o ambiente, como estresse na infância, traumas que podem induzir o paciente a desenvolver vulnerabilidades cognitivas, valor pessoal e aceitabilidade. Esse estado é descrito como sendo mais prevalente em pacientes com uma predisposição biológica, como temperamentos, hiperexcitabilidade no eixo hipotálamo-pituitária- adrenal (DEAN; KESHAVAN, 2017).

A prevalência da depressão é conhecida por variar por fatores individuais como sexo, idade, raça, comorbidades médicas e por fatores da socialização, sendo as taxas de depressão

mais altas associadas a maior idade, sexo feminino, raça branca, comorbidades médicas e taxas mais baixas de ocupação do dono da casa, estabilidade residencial e maior nível de escolaridade, mas não com desvantagem econômica (BECK et al., 2017). Portanto, a integração dos serviços de saúde mental nos cuidados primários é uma forma importante de melhorar o acesso, o envolvimento e os resultados dos cuidados de saúde mental. Os esforços futuros de melhoria da qualidade devem exercer uma fidelidade aos protocolos de gerenciamento de tratamento da depressão (LEVINE et al., 2017).

A APS é como um sistema de saúde pública necessário para os problemas de saúde buscando pela reabilitação, sendo a depressão um transtorno de acometimento considerada como fator secundário na causa de incapacidade, sendo a média global de tratamento associado a 56%. A APS é um nível de sistema de saúde que deve proporcionar à população os tratamentos, medidas preventivas, reabilitação e a promoção de saúde, oferecendo 80% de resolução e a continuidade do cuidado, sendo o último essencial na integralidade do atendimento na detecção precoce de transtornos mentais, manejo de pacientes psiquiátricos estáveis, pois a relação entre profissional de saúde e o paciente é o principal na recuperação do indivíduo (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

Conforme citado previamente, a APS é um local em que se recebe pessoas com sofrimento mental, em que se busca proporcionar uma mudança de estilo de vida a essas pessoas, estratégias no diagnóstico da depressão como o acolhimento, consultas de saúde mental com profissionais especializados, encaminhamento ao médico da família e psiquiatra, grupos de apoio e auriculoterapia são utilizadas na APS. O acolhimento é determinado como uma técnica essencial de qualquer integrante da equipe da saúde, sendo essencial segundo a Rede humaniza SUS, se compreende portanto, como se é necessária a integração dos profissionais da saúde no cuidado e a ampliação de novas abordagens terapêuticas (DARÉ; CAPONI, 2017).

O sistema de saúde pública possui alta prevalência em tratamento de pessoas com transtorno mental em Unidades Básicas de Saúde (UBS), na Região Sul há 18% de 1593 pessoas com mais de 60 anos com quadro sintomatológico depressivo, enquanto na Região Sudeste foram identificadas 1.466 pessoas em que se comprovou a prevalência de 20,5% de Transtorno Mental Comum, 32% de pacientes com Transtorno Mental Comum de Intensidade Grave e 37% com transtorno de ansiedade e 25,1% de depressão (CARDOSO et al., 2020).

A depressão no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) e na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) é descrita como um transtorno depressivo maior, depressão integrante do transtorno bipolar tipo I e II, a qual pode ser associada à ciclotimia e transtorno de humor. A depressão se apresenta de forma prevalente em estudantes de medicina, sendo estimado de 15% a 25% dos estudantes universitários com presença de transtorno psiquiátrico, enquanto somente 8% a 15% dos estudantes de medicina procuram tratamento. A depressão pode surgir em quadros clínicos, situações de estresse relacionados à alterações cognitivas, psicomotoras, vegetativas e pode levar o acometido a praticar o suicídio (VASCONCELOS et al., 2015). Enquanto na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) a depressão pode ser classificada em leve, moderada e grave (DARÉ; CAPONI, 2017).

De maneira complementar, a depressão é uma questão de saúde pública, internamente ligada a incidência de mortalidade por suicídio entre os 15 aos 29 anos de idade, sendo a baixa autoestima, conflitos em relação a formação de personalidade, incertezas sobre o futuro, a cobrança ideológica que força o indivíduo a se adequar a um modelo de interação social para atingir uma felicidade os motivos mais evidentes envolvidos (POMPERMAIER; SANTANA; BUENO, 2020).

Portanto, essa busca direta pela felicidade, alimentada pela indústria publicitária, induz o indivíduo a uma frustração de uma exigência profunda em que se cria um vazio existencial e leva o paciente depressivo a se indagar sobre o sentido da vida. As sociedades globalizadas segundo Viktor Frankl desenvolvem angústia e depressão, apresentam sintomas como: atitude provisória, a qual propõe uma indecisão, postura fatalista, em que se torna como comum uma atitude passiva diante à vida, o pensamento coletivista, proporciona portanto, uma falta de individualidade e o fanatismo, ao que somente se aceita a própria opinião, proporcionando uma falta de empatia (SILVEIRA; GRADIM, 2015).

A depressão além do acometimento social evidenciado previamente, também está relacionada a fatores neurocognitivos como a desatenção, perda de memória, neuroplasticidade e também à hereditariedade. A herança gênica envolvida nesse distúrbio compreendidas são : de fator neurotrófico derivado do cérebro – BDNF, transportador de serotonina (SLC6A4 ou 5-HTT), receptor de serotonina (5-HT), catecol -O- metiltransferase (COMT) (DE MOURA NASCIMENTO; SILVA; SANTOS, 2021), sendo 100 alelos polimórficos no gene CYP2D6 e 30 variantes no gene CYP2C19 (RIBEIRO; DE JESUS SOUZA, 2020).

Segundo Dean e Keshavan (2017) a fisiopatologia da depressão pode estar associada ao nível de monoamina incluindo serotonina (5-HT), norepinefrina (NE) e dopamina (DA). Enquanto muitas pesquisas envolvem a via mesolímbica, que consiste em neurônios dopaminérgicos com origem na região ventral da área tegmental e projetando-se para o núcleo accumbens, o qual medeia a via de recompensa e motivação. Por conseguinte, alguns sintomas neurovegetativos de depressão, incluindo anedonia e redução da motivação, são relacionados a um mau funcionamento do sistema de recompensa, bem como o reconhecimento de que distúrbios neurológicos da produção de dopamina, como a doença de Parkinson, podem provocar depressão.

A SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O período da infância é aquele considerado de maneira determinante sobre a formação da personalidade de um indivíduo, sendo somente no século XX o seu conceito visto de uma nova maneira, em que se é orientado o trabalho educativo e a importância do papel da orientação das famílias. A Saúde Mental Infantil no Brasil somente teve um sistema estruturado até o século XIX com a criação do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro o Hospício D. Pedro II (SINIBALDI, 2013). Sendo que o estresse na infância em forma de abuso ou negligência aumenta o risco de desenvolvimento de depressão em idade adulta (DEAN; KESHAVAN, 2017).

A incapacidade associada à saúde mental está associada a 22,7% dos anos vividos pela população mundial, sendo iniciada na infância e na adolescência. A prevalência no Brasil é de 13% de crianças e adolescentes com diagnóstico, entre somente 37,5% apresentaram algum tratamento associado no período de cinco anos (FATORI et al., 2018).

Segundo o autor supracitado, há ainda fatores que dificultam a compreensão como a escassez de dados epidemiológicos sobre os serviços, e perfil psicopatológico sobre as crianças e os adolescentes que frequentem e utilizam os serviços da AP no SUS.

No entanto, no perfil atual com a influência das neurociências há um aumento relacionado à patologização infantil como os transtornos do neurodesenvolvimento como o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e o Transtorno do Espectro Autista (TEA). Conseqüentemente, o aumento relativo de especialidades que cuidam do desenvolvimento infantil aumentou consideravelmente, e dessa forma, a escola e o professor atuam no diagnóstico do aluno. Por conseguinte, ocorre um fenômeno de medicalização do

social, aumentando cada vez mais o consumo de psicotrópicos pelas crianças em idade escolar (SINIBALDI, 2013).

De acordo com o autor supracitado, a Política Nacional de Saúde Mental tem definido diretrizes com destaque como a implantação de novos serviços de Saúde Mental para crianças e adolescentes, Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi), a construção de estratégias para ação de setores, integralidade do cuidado.

Dessa maneira, a devida importância deve ser dada ao profissional de saúde da assistência básica, o qual se destaca pelo atendimento de patologias diversas, entre a população de crianças e adolescentes, torna-se cada vez mais comum os transtornos do neurodesenvolvimento como o TEA.

O Transtorno de Espectro Autista (TEA) é um termo que permeia as desordens causadas pela combinação de fatores genéticos e ambientais (CONSTANTINO; MARRUS, 2017; KUBOTA; MIYAKE; HIRASAWA, 2012; LOKE; HANNAN; CRAIG, 2015). O TEA inclui efeitos de espectro, deterioramento motor e inclui problemas linguísticos. Recentemente, a condição multigenética do TEA tem sido especulado ser dependente de efeitos epigenéticos (LOKE; HANNAN; CRAIG, 2015), apesar dos fatores citados serem inconclusivos, a Epigenética se refere às mudanças hereditárias na expressão genética sem alterar a sequência de DNA (SCHIELE; DOMSCHKE, 2018).

A metilação do DNA é um dos exemplos mais conhecidos de regulação epigenética que geralmente é correlato com conformação fechada de cromatina e conseqüentemente, silenciamento genético. A metilação do DNA tem sido envolvida na patofisiologia de distúrbios neurológicos, incluindo o TEA (ELLIS et al., 2017; LADD-ACOSTA et al., 2014). Recentes estudos revelaram achados inconclusivos, podendo citar como o receptor-alfa reinóico ácido-relativo (ROR- α), o qual transcreve nos linfócitos sanguíneos possuem diferenças não-observáveis entre uma criança saudável e autista (SALEHI et al., 2017), outros trabalhos descrevem a emergência de biomarcadores metilados replicados para o TEA.

O gene PRRT1 tem exibido menores níveis de metilação no córtex temporal e no cerebelo em cérebros autistas (LADD-ACOSTA et al., 2014). Por outro lado, a análise do metiloma placentário humano mostrou níveis significativamente altos de metilação em portadores de TEA com pyrosequenciamento, que é um método de sequenciamento de DNA baseado nos princípios do sequenciamento por síntese, detectando os nucleotídeos incorporados pelo DNA polimerase (SCHROEDER et al., 2016). Porém há um alto nível de variabilidade de

estado entre a metilação dos indivíduos testados devido ambas as amostras possuir uma variabilidade individual. A placenta possui uma mistura heterogênea de vários tipos de células, taxas diferentes dessas populações de tipos de células mistas entre amostras de placentas, o que pode ser a fonte da variação interindividual observada nos estudos. Trabalhos futuros com abordagens de ordenamento e normalização dos dados das células poderão confirmar as dúvidas aqui propostas. Estudos recentes mostraram que mRNA em códigos epigenéticos proteicos Tet metilcitosina dioxygenase (TETS) -1, -2 e -3 aumentaram, DNA metiltransferase 1 (DNMT1) diminuiu enquanto metil CpG proteína de união-2 (MECP2) não foi modificada no córtex frontal nos cérebros da amostra com TEA (ZHUBI et al., 2017). Ambos MECP2 e o ligamento proteico DNMT1 com o RELN e GAD1 foram aumentados, possivelmente devido ao decréscimo da expressão de ambos os genes em autistas (ZHUBI et al., 2017).

Segundo a ideia acima, é evidente que os transtornos do neurodesenvolvimento são conectados às questões neurofisiológicas, neurocognitivas e genéticas. O TDAH tem se mostrado cada vez mais notável também na população infanto-juvenil. No DSM-V (2014), o TDAH é descrito como um transtorno de aprendizagem, linguagem, impulsividade, inquietude e desatenção. O TDAH representa o acometimento de genes como ADHD1 e ADHD2 e do eixo hipotálamo-pituitário-adrenal (HPA).

Nos transtornos do neurodesenvolvimento, assim como outras síndromes que acometem os pacientes na infância se faz necessária a intervenção precoce para a melhoria dos quadros clínicos. Portanto, a intervenção pode ser difícil devido à variabilidade de sintomas como já exposto anteriormente e as suas similaridades, fatores como as limitações da avaliação da criança em idade pré-escolar, demanda de instrumentos específicos e sensíveis aos comportamentos sociais, a ausência de profissionais habilitados (OLIVEIRA et al., 2019).

A população que é acometida por esses transtornos como no TEA, também possui facilidade de adoecimento por outras enfermidades como epilepsia, problemas de metabolismo como problemas alimentares, alergias, distúrbios gastrointestinais, distúrbios do sono, depressão, assim quando os pais e os seus filhos recorrem aos cuidados médicos promovidos pela atenção básica, a falta de conhecimento sobre a comunicação com a criança (OLIVEIRA et al., 2019). Dessa maneira, é necessária a capacitação dos profissionais das unidades básicas de saúde (UBS), sendo a melhoria após cursos de 37%, com encaminhamento de 6 vezes mais casos de TEA para o CAPSi (BORDINI, 2014). O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como objetivo principal a redução da incidência de doenças e comprometimentos na infância, muitas

vezes quando os pais já percebem sinais atípicos de desenvolvimento cognitivo, já passou o período de plasticidade neuronal (PEREIRA et al., 2021).

Por conseguinte, integradas à política de saúde mental do SUS há ações específicas sobre a infância e adolescência para a construção de uma rede de cuidados para responder com eficiência às necessidades da população. Além da implantação do CAPSi pelo SUS houve a criação de técnicas para a seção intersectorial da Saúde Mental com educação, assistência social, justiça, no entanto, ainda há fatores que interrompem um atendimento personalizado como os pais acharem que os médicos nas UBS não terem interesse na pesquisa e no tratamento relacionados à Saúde Mental, e buscam outros recursos como a escola, o fato de muitos profissionais da saúde classificarem muitos problemas como sendo de origem dos pais e não dos filhos (LOWENTHAL; OTHERS, 2012).

Os cuidados na Atenção Básica necessitam ser, portanto, de maneira estratégica para a facilidade de acesso das equipes aos usuários. Em 2001, a Lei nº 10.216 que afirma que as pessoas portadoras de transtornos mentais possuem direitos, portanto, se faz necessário proporcionar ao paciente momentos de reflexão durante o atendimento, paciência, exercer uma boa comunicação, exercitar a empatia, prestar atenção ao que o paciente diz, acolhê-lo, promover um suporte que não deixe o paciente dependente do serviço.

A APS é um sistema que necessita ser adaptado em uma maneira que se considere aspectos culturais da população a receber o atendimento, melhor capacitação para os profissionais de saúde da APS principalmente sobre os transtornos neuropsicológicos que acometem os pacientes desde a infância.

METODOLOGIA

O presente trabalho baseou-se no referencial da pesquisa bibliográfica. Portanto, foi realizado uma revisão bibliográfica das produções científicas no Brasil sobre o tema acima discutido, através de um levantamento na biblioteca eletrônica Scielo; outras bases de dados como LILACS, PubMed combinando vocabulários estruturados para indexação e busca de artigos recentes que relatassem informações originárias de avaliação da APS e da Saúde Mental em cenário nacional.

Os tópicos temáticos foram selecionados após uma leitura flutuante, sendo escolhidos artigos científicos originais, artigos científicos de revisão, teses de doutorado, dissertações de mestrado, livros para a sua elaboração.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se a partir da pesquisa que a APS representa uma questão essencial na Saúde Mental e de maneira regionalizada responde às necessidades da população, buscando promover ações preventivas e curativas. Por conseguinte, se compreende que a APS apresenta a incorporação de princípios da Reforma Sanitária em que o SUS adotou a designação de Atenção Básica à Saúde (ABS) com a reorientação de um modelo assistencial.

Entretanto, se faz necessário a articulação e atualização da APS em busca de um modelo de regulação sistencial de saúde para atender às demandas necessárias da população, se houver um problema relacionado a algum desequilíbrio, a oferta deve ser aumentada.

A APS deve conter mais diretrizes que orientem os profissionais da APS às ações na Saúde Mental, como integração mais efetiva da Saúde Mental com a saúde geral e das equipes da APS para uma corresponsabilização dos casos, ampliação de ações que ampliem ofertas clássicas de atendimento, promoção de ações de disseminação de redes para cuidado da Saúde Mental da população e de trabalhadores da saúde com uma melhor capacitação, apoio de uma política de uso racional de medicação e o compartilhamento sobre o uso de psicotrópicos.

REFERÊNCIAS

- APA, A. P. A. DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. In: **DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 135–144.

ALMEIDA, I. S. DE; CAMPOS, G. W. DE S. Análise sobre a constituição de uma rede de Saúde Mental em uma cidade de grande porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 7, p. 2715–2726, jul. 2019.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1499–1510, maio 2016.

BECK, A. et al. A Multilevel Analysis of Individual, Health System, and Neighborhood Factors Associated with Depression within a Large Metropolitan Area. **Journal of Urban Health**, v. 94, n. 6, p. 780–790, dez. 2017.

BORDINI, D. Avaliação do impacto de um curso de capacitação de profissionais da atenção primária na identificação e encaminhamento de crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista-estudo piloto. 2014.

CARDOSO, L. C. B. et al. WORK PROCESS AND MENTAL HEALTH CARE FLOW IN PRIMARY HEALTH CARE. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 29, p. e20190191, 2020.

CONSTANTINO, J. N.; MARRUS, N. The Early Origins of Autism. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, v. 26, n. 3, p. 555–570, jul. 2017.

DA SILVA FILHO, J. A.; DE MORAES BEZERRA, A. Acolhimento em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa. **ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 12, n. 40, p. 613–627, 2018.

DARÉ, P. K.; CAPONI, S. N. Cuidado ao indivíduo com depressão na atenção primária em saúde. **ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 7, n. 1, p. 12–24, 2017.

DAUMAS, R. P. et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. e00104120, 2020.

DE MOURA NASCIMENTO, M. V.; SILVA, G. O.; SANTOS, M. S. Fatores genéticos associados a depressão: uma revisão sistemática sobre os genes e polimorfismos associados. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 8, p. 84703–84718, 2021.

DEAN, J.; KESHAVAN, M. The neurobiology of depression: An integrated view. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 27, p. 101–111, jun. 2017.

ELLIS, S. E. et al. Exaggerated CpH methylation in the autism-affected brain. **Molecular Autism**, v. 8, n. 1, p. 6, dez. 2017.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 208–223, set. 2018.

FATORI, D. et al. Prevalência de problemas de saúde mental na infância na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 9, p. 3013–3020, set. 2018.

FRATESCHI, M. S.; CARDOSO, C. L. Práticas em saúde mental na atenção primária à saúde. **Psico**, v. 47, n. 2, p. 159, 12 maio 2016.

JUNIOR, M. G.; TOBIAS, G. C.; TEIXEIRA, C. C. SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 17, n. 60, 16 ago. 2019.

KUBOTA, T.; MIYAKE, K.; HIRASAWA, T. Epigenetic understanding of gene-environment interactions in psychiatric disorders: a new concept of clinical genetics. **Clinical Epigenetics**, v. 4, n. 1, p. 1, dez. 2012.

LADD-ACOSTA, C. et al. Common DNA methylation alterations in multiple brain regions in autism. **Molecular Psychiatry**, v. 19, n. 8, p. 862–871, ago. 2014.

LEVINE, D. S. et al. Primary Care–Mental Health Integration in the VA Health System: Associations Between Provider Staffing and Quality of Depression Care. **Psychiatric Services**, v. 68, n. 5, p. 476–481, maio 2017.

LOKE, Y. J.; HANNAN, A. J.; CRAIG, J. M. The Role of Epigenetic Change in Autism Spectrum Disorders. **Frontiers in Neurology**, v. 6, 26 maio 2015.

LOPES, A. T.; ALMEIDA, G. A. DE. Perfil de indivíduos com Transtorno de Espectro Autista (TEA) no Brasil. 2021.

LOWENTHAL, R.; OTHERS. Capacitação em saúde mental na infância e adolescência para profissionais da atenção primária. 2012.

MENDES, E. V. A construção social da atenção primária à saúde. **Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, v. 45, 2015.

NOVAES NOGUEIRA, R. et al. VISITA DOMICILIAR A UM PORTADOR DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA VIA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: ESTUDO DE CASO. **Saúde.com**, v. 14, n. 2, 30 jun. 2018.

OLIVEIRA, M. V. M. DE et al. Rastreamento precoce dos sinais de autismo infantil: Um estudo na atenção primária à saúde. **Revista Arquivos Científicos (IMMES)**, v. 2, n. 2, p. 48–53, 16 dez. 2019.

PEREIRA, P. L. S. et al. Importância da implantação de questionários para rastreamento e diagnóstico precoce do transtorno do espectro autista (TEA) na atenção primária. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 8364–8377, 2021.

POMPERMAIER, C.; SANTANA, S. K.; BUENO, S. B. DEPRESSÃO E SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA. **Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc Xanxerê**, v. 5, p. e24269–e24269, 2020.

REIS, J. G. DOS et al. Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 9, p. 3457–3462, set. 2019.

RIBEIRO, M. A.; DE JESUS SOUZA, C. A. A FARMACOGENÉTICA NO TRATAMENTO PARA DEPRESSÃO. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, v. 1, n. 2, p. 6–6, 2020.

ROSA, W. DE A. G.; LABATE, R. C. A contribuição da saúde mental para o desenvolvimento do PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 3, p. 230–235, jun. 2003.

ROTOLO, A. et al. Mental health in Primary Care: challenges for the resoluteness of actions. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 2, p. e20180303, 2019.

SALEHI, M. et al. RORA and Autism in The Isfahan Population: Is There An Epigenetic Relationship. **Cell J (Yakhteh)**, v. 18, n. 4, jan. 2017.

SANTOS, P. T.; FRANCKE, I. D'AVILA. O TRANSTORNO DÉFICIT DE ATENÇÃO E OS SEUS ASPECTOS COMPORTAMENTAIS E NEURO-ANATOMO-FISIOLÓGICOS: UMA NARRATIVA PARA AUXILIAR O ENTENDIMENTO AMPLIADO DO TDAH. 2017.

SCHIELE, M. A.; DOMSCHKE, K. Epigenetics at the crossroads between genes, environment and resilience in anxiety disorders: Epigenetics in anxiety disorders. **Genes, Brain and Behavior**, v. 17, n. 3, p. e12423, mar. 2018.

SCHROEDER, D. I. et al. Placental methylome analysis from a prospective autism study. **Molecular Autism**, v. 7, n. 1, p. 51, dez. 2016.

SILVEIRA, D. R.; GRADIM, F. J. Contribuições de Viktor Frankl ao movimento da saúde coletiva. **Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies**, v. 21, n. 2, p. 152–161, 2015.

SINIBALDI, B. Saúde mental infantil e atenção primária: relações possíveis. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 12, n. 2, p. 61–72, 2013.

SOUZA, N. Ludicidade do adulto: Como recursos lúdicos podem ser utilizados para o auxílio nos processos de enfrentamento em casos de transtorno de ansiedade e depressão. 2019.

VASCONCELOS, T. C. DE et al. Prevalência de Sintomas de Ansiedade e Depressão em Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 1, p. 135–142, mar. 2015.

WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 55, p. 1121–1132, dez. 2015.

ZHUBI, A. et al. Epigenetic regulation of *RELN* and *GADI* in the frontal cortex (FC) of autism spectrum disorder (ASD) subjects. **International Journal of Developmental Neuroscience**, v. 62, n. 1, p. 63–72, nov. 2017.

CAPÍTULO 7

A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A DIABETES MELLITUS

Homero Terra Padilha Filho, Medicina – UNIG.
Izaias Paiva Júnior, Medicina – UNIG.
Antônio Jacomini da Silva Sobral, Medicina – UNIG.
Maria Clara Teixeira Pinto, Medicina – UNIG.
Raysa Fontes Martins, Medicina – UNIG.
Sabrina Farias da Silva, Medicina – UNIG.
Sabrina Silva de Andrade, Medicina – UNIG.

RESUMO

A Diabetes Mellitus é uma das doenças crônicas não transmissíveis de maior incidência no Brasil. Devido a sua cronicidade e alterações metabólicas, ela tem um impacto significativo na qualidade de vida dos acometidos. O tratamento da doença é uma preocupação antiga do Estado brasileiro, entretanto a abordagem mudou ao longo dos diferentes governos e evoluiu simultaneamente ao acúmulo do conhecimento médico. O objetivo deste estudo é apresentar como a doença é abordada no Brasil e a importância da Atenção Básica nesse íterim.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes Mellitus, Atenção Básica, Rastreio, Diagnóstico, Tratamento.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus is one of the most common non-communicable chronic diseases in Brazil. Due to its chronicity and metabolic changes, it has a significant impact on the quality of life of those affected. The treatment of the disease is an old concern of the Brazilian State, however the approach has changed over the different governments and has evolved simultaneously with the accumulation of medical knowledge. The objective of this study is to present how the disease is addressed in Brazil and the importance of Primary Care in the meantime.

KEYWORDS: Diabetes Mellitus, Primary Care, Screening, Diagnosis, Treatment.

INTRODUÇÃO

O crescimento da prevalência e da incidência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) está intrinsecamente relacionado às mudanças demográficas ocorridas na metade do século XX. O êxodo rural e a transição nutricional que o acompanhou teve um impacto significativo na demografia e na epidemiologia. A reorganização populacional em grandes centros urbanos modificou o trabalho, o lazer e a alimentação de uma parte considerável da população (BAUMAN, 2007). O consumo de alimentos industrializados e ultraprocessados tornou-se um hábito.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2016), as DCNT têm etiologia complexa, fatores não modificáveis, como genética, sexo e idade, e modificáveis, sedentarismo, consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e gordura animal. Elas são um grupo de doenças com etiologia múltipla, curso prolongado e amplo período de latência, origem não infecciosa e, também, por sua associação a deficiências e incapacidades funcionais originárias de períodos de remissão e agravamento dos sintomas. Obesidade, diabetes, hipertensão arterial sistêmica e algumas doenças cerebrovasculares e cardiovasculares são assim classificadas.

Neste contexto, a Diabetes Mellitus (DM) é considerada uma das principais causas de morbidade e mortalidade. Estima-se que até 5,1 milhões de pessoas entre 20 e 79 anos morreram em decorrência das complicações causadas pela DM. De acordo com Ogurtsova *et al.* (2017), em 2040 a prevalência global nessa faixa etária será de 10,4%, em 2015 era 8,8%. Em 2015, 46,5% destas pessoas com diabetes não estavam diagnosticadas.

Algumas das complicações agudas e crônicas da DM evoluem para redução da expectativa e qualidade de vida, invalidez, alterações cardiovasculares, circulatórias e neurológicas (WHO, 2016). Destarte, a implementação de programas nacionais de atenção primária voltados para estes pacientes tornou-se primordial para a saúde pública brasileira. Assim, o objetivo deste estudo é analisar a trajetória da DM e das políticas públicas implementadas no Brasil para o manejo desta moléstia.

METODOLOGIA

Tratando-se de uma revisão bibliográfica, foram utilizados artigos, imprensa escrita, jornais acadêmicos, publicações avulsas e revistas eletrônicas na confecção deste texto. Os focos da pesquisa foram os aspectos clínicos, a epidemiologia, o tratamento da doença e os programas que compõem a atenção primária.

Em Novembro de 2021, as bases de dados Google Acadêmico, PubMed e Scientific Electronic Library Online (SciELO) foram usadas para buscar os termos supracitados. Os critérios de inclusão foram: (i) linguagem, português ou inglês; e (ii) disponibilidade, acesso pela internet; e (iii) textos com abordagem específica e pouco abrangentes. Durante a leitura exploratória, textos produzidos em datas longínquas foram excluídos.

DISCUSSÃO

O Brasil tem uma longa história de assistência médica e farmacêutica públicas. Ainda na República Velha, a Lei Eloy Chaves de 1923¹ - considerada a base para a previdência social brasileira - estabeleceu que todos os empregados ferroviários teriam direito a obter medicamentos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração das Caixas de Aposentadoria e Pensão, isto é, seus fundos de pensão.

Em 1971, em meio a Reforma Sanitária Brasileira, foi instituída a Central de Medicamentos (CEME)², órgão vinculado ao então Ministério da Previdência e Assistência Social, responsável por “promover e organizar o fornecimento, por preços acessíveis, de medicamentos de uso humano a quantos não puderem por suas condições econômicas, adquiri-los a preços comuns no mercado”. A relação de medicamentos essenciais utilizada pelo CEME foi promulgada anos antes, em 1964, na forma de um decreto³ que estabelecia os fármacos a serem adquiridos pela Administração Pública Federal, mais especificamente, o Grupo Executivo de Indústria Químico-Farmacêutica (GEIFAR)⁴, que tinha como uma de suas responsabilidades:

III - promover com prioridade, a fabricação, em condições adequadas, dos produtos químico-farmacêuticos constantes da lista referida no item cujos preços de venda ao público procurará estabilizar, propondo ao órgão competente os tetos prevalentes para determinado período; (Brasil, 1975).

Uma das drogas metabólicas listadas foi a Insulina e seus derivados (NPH ou insulina-zinco-globina). Em 1972, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a taxa de mortalidade por DM nos municípios das capitais estaduais foi de 10,5/100.000 habitantes; em 1973, 19,1 mortes por 100.000 habitantes. Em 1975, as diferenças estatísticas de obesidade (IMC \geq 30,0 Kg/m²), um dos principais fatores de risco (FR) para DM (VOLACO *et al.*, 2018), entre o Sudeste, região mais industrializada do país, e o Nordeste se tornara evidente:

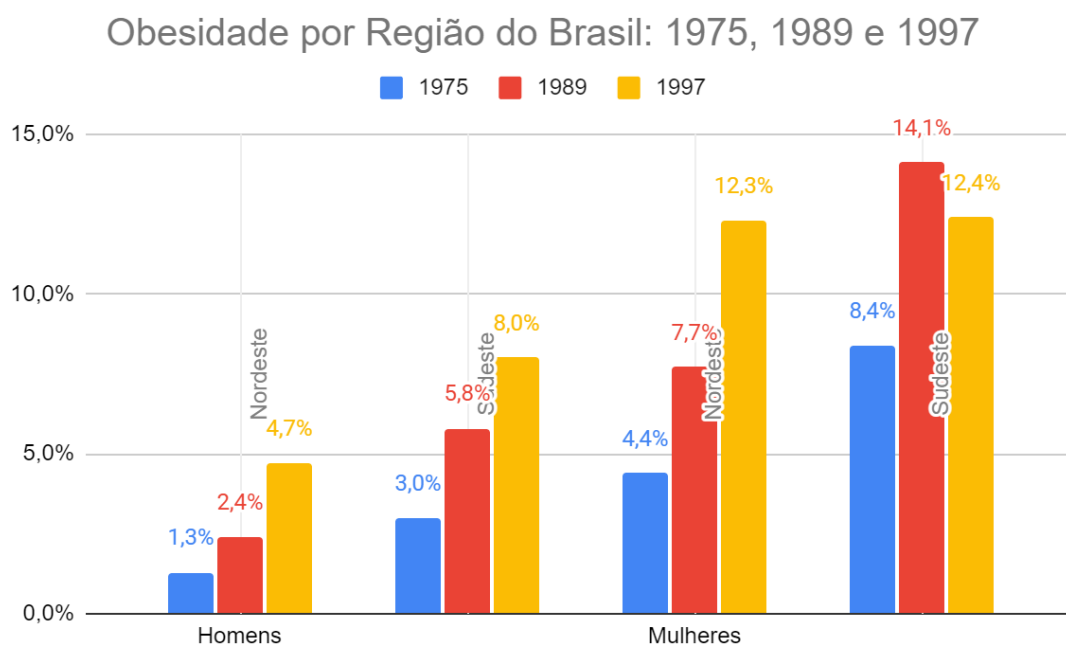
¹ Brasil, Presidência da República (1923). Decreto nº 4.652. Diário Oficial, 24 jan.

² Brasil, Presidência da República (1971). Decreto nº 68.806. Diário Oficial, 25 jun.

³ Brasil, Presidência da República (1964). Decreto nº 53.612. Diário Oficial, 26 fev.

⁴ Brasil, Presidência da República (1964). Decreto nº 52.471. Diário Oficial, 13 set.

Figura 1: Obesidade por Região no Brasil ao longo da segunda metade do séc XX.



Fonte: ENDEF-1975, PNSN-1989 e PPV-1997

Nas décadas seguintes o que se observou foi um rápido avanço na taxa de obesidade da população brasileira, independente da região (Figura 1). Até a extinção da CEME em 1997⁵, a execução do programa foi irregular. A partir de sua concepção centralizada, ocorreram deficiências no planejamento e distribuição dos medicamentos, os quais não obedeciam ao perfil epidemiológico regional, o que levava ao desperdício e insuficiência destes (COSENDEY *et al.*, 2000).

A segunda metade do séc. XX foi marcada globalmente por turbulência política, e no Brasil não foi diferente. Em 1964, uma junta militar baixou um “Ato Institucional”, estabelecendo um governo militar, que durou até 15 de março de 1985. A redemocratização foi marcada por uma nova Constituição (1988), conhecida como Constituição Cidadã, que entre outras garantias fundamentais, instituiu a saúde como um direito de todos e dever do Estado, criou-se, assim, o Sistema Único de Saúde.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Em 1994, começa a reestruturação da Atenção Básica (AB) através da criação do Programa Saúde da Família (PSF). O objetivo deste programa foi reorientar os serviços de atenção à saúde. Práticas antigas centradas na doença e na valorização do hospital foram

⁵ Brasil, Presidência da República (1997). Decreto nº 2.283. Diário Oficial, 24 jul.

preteridas à promoção da saúde e a participação comunitária. Foram criadas equipes de saúde da família compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde.

No primeiro quadriênio da década de 90, as menores taxas de mortalidade por DM, ajustadas por idade, em capitais brasileiras foram em Cuiabá e Rio Branco, 6,3 e 7,5 mortes por 100.000 habitantes, respectivamente. No último quadriênio os menores valores corresponderam aos municípios de Florianópolis-SC (16,46/100.00) e Belo Horizonte (18,36/100.000). Também neste último levantamento, Cuiabá atingiu 35,24/100.000 e Rio Branco 25,52/100.000 (MATTOS *et al.*, 2012). Destarte, naturalmente, a formação e o desenvolvimento de políticas públicas de saúde, especialmente aquelas relacionadas ao DM foram impactadas.

A implementação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (PRAHADM) entre os anos de 2001 a 2003 foi mais uma etapa importante para tornar o atendimento aos diabéticos mais eficiente e eficaz. Os pacientes foram vinculados às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento; foram realizados investimentos na atualização dos profissionais da rede básica e melhoria do diagnóstico.

Na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006, o PSF passou a se chamar Estratégia de Saúde da Família (ESF) fortalecendo o modelo como função de porta de entrada preferencial e de coordenação da rede de atenção e cuidado. Os membros da equipe de saúde passaram a ter atribuições e competências específicas na abordagem do diabético (BRASIL, 2006).

Os agentes comunitários de saúde são responsáveis por: esclarecer a comunidade sobre os FR para DM; orientar a comunidade sobre sedentarismo e má alimentação; estimular grupos de ajuda; identificar e encaminhar pessoas com FR à unidade de saúde para exame de glicemia de jejum; verificar os comparecimentos dos pacientes às consultas e a presença de sintomas de elevação da glicemia; questionar sobre o cumprimento das orientações médicas; e registrar os diagnósticos de cada membro das famílias.

O auxiliar de enfermagem deve entre outras atribuições: verificar os níveis de pressão arterial, peso, altura, circunferência abdominal nos pacientes; orientar a comunidade; cuidar dos tensiômetros e glicosímetros; e fornecer medicamentos para o paciente em tratamento, quando da impossibilidade do farmacêutico.

Ao enfermeiro cabe: capacitar e supervisionar os agentes comunitários e auxiliares de enfermagem; estratificar o risco cardiovascular dos pacientes; estabelecer junto à equipe

estratégias de adesão dos grupos diabéticos; repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências; encaminhar para consultas mensais ou trimestrais os pacientes conforme seus níveis de agravamento; realizar glicemia capilar a cada consulta e perseguir o plano individualizado de cuidado ao paciente de diabetes, os objetivos e metas do tratamento.

O médico é responsável por: realizar a consulta para confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis comorbidades e estratificação do risco vascular dos pacientes diabéticos; definir necessidades de rastreamento; solicitar exames complementares; prescrever a terapia; encaminhar à unidade de referência secundária, uma vez ao ano, todos os diabéticos para rastreio de complicações crônicas, pacientes com dificuldade de controle metabólico e gestantes diabéticas e casos de diabetes gestacional.

Além de traçar diretrizes específicas para a prevenção, rastreio e tratamento dos pacientes diabéticos, o crescente desafio das DCNT compeliu o Ministério da Saúde (MS) a expandir a Atenção Básica em diversas direções. Criado em 2004, o programa Farmácia Popular do Brasil⁶ tem o propósito ampliar o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais. Isso é realizado por meio de estabelecimentos próprios ou farmácias credenciadas que oferecem a medicação necessária a preços reduzidos.

Quanto ao rastreamento da DM, o público-alvo é aquele que apresenta os FR que incrementam a probabilidade de apresentar estado de intermediário de glicemia ou diabetes. Os critérios preconizados foram estabelecidos pela *American Diabetes Association* (ADA), e incluem: pai ou mãe diabéticos, HAS, histórico de diabetes gestacional ou recém nascido com mais de quatro quilogramas, dislipidemia, tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada, obesidade severa, síndrome de ovários policísticos, histórico de doença cardiovascular e sedentários.

A recomendação do MS (2013) é que a consulta de rastreamento do público-alvo seja realizada pela equipe de enfermagem da Unidade Básica de Saúde (UBS), e, em necessidade de confirmação do diagnóstico, o paciente é encaminhado ao médico. Essa consulta tem o objetivo de investigar os FR supracitados. A avaliação inicial realizada pelos enfermeiros tem o propósito de avaliar se o tratamento imediato ou uma análise mais minuciosa são necessários. A terapia escolhida pelo médico depende do tipo de diabetes e do estágio glicêmico.

Além da consulta inicial, o acompanhamento do paciente diabético é muitas vezes realizado pela equipe de enfermagem. O objetivo destes encontros é educar o paciente a

⁶ Brasil, Presidência da República (2004). Lei nº 10.858. Diário Oficial, 13 abr.

conviver melhor com a doença. A educação consiste em reforçar a cronicidade e os riscos à saúde apresentados pela DM; o paciente deve aprender a superar as dificuldades, tornar-se mais autônomo e corresponsável pelo próprio tratamento.

O tratamento da DM baseia-se na adoção de hábitos saudáveis, como realização de exercícios físicos, alimentação equilibrada, moderação no consumo de álcool e fim do consumo de tabaco, tratamento fisiológico, pode ou não se acrescentar o uso de fármacos. No caso da DM tipo 2, a insulinização pode ser necessária, assim, recomenda-se que o aporte das doses diárias de insulina sejam realizadas na UBS. No caso da DM tipo 1, geralmente os pacientes são acompanhados pela Atenção Especializada, entretanto seu acompanhamento deve ser garantido pela ABS.

A monitorização do controle glicêmico é importante para o tratamento da DM e pode ser realizada por glicemias de jejum, pré-prandial, pós-prandial e pela hemoglobina glicada (HbA1c). Os valores aferidos são usados para ajustar a dosagem da medicação utilizada. A HbA1c reflete os níveis glicêmicos de médio prazo, até três meses, e seu nível reflete o sucesso do tratamento.

Em 2008, a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD), a prevalência da DM encontrada para a população adulta foi de 4,3%. Em 2013, o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) encontrou uma prevalência de 6,3% nas capitais brasileiras. Isso demonstra a contínua necessidade de fortalecimento da linha base de combate a DM na ABS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo dos anos, o governo brasileiro demonstrou considerável preocupação com o controle da DM, um importante fator de redução da qualidade de vida e incapacidade de trabalhar. Inicialmente, o Estado traçava estratégias mais voltadas para o tratamento, focado na doença; mais recentemente, a abordagem foi modificada para estrategicamente aproximar a população da rede de assistência médica, o foco é holístico e centrado no paciente. O impacto dessa mudança ainda precisa ser estudado no longo prazo.

Mudanças no hábito alimentar, na prática de atividades físicas e no consumo de álcool e tabaco são a essência da nova conduta. As equipes das UBS devem realizar o rastreio, o diagnóstico e o tratamento dos pacientes, mas, além disso, devem educar a população. Tal comportamento precisa, mais do que se tornar a norma escrita no papel, tornar-se um hábito consolidado de todos os integrantes da ABS.

Há espaço para novas investigações e esclarecimentos quanto ao impacto desta nova abordagem. Os cientistas sociais e o meio acadêmico devem esmiuçar esse movimento em direção à uma nova forma de assistir a população. Trabalhos que identifiquem falhas na execução e perspectivas de melhorias serão fundamentais para que se avance no combate às DCNT, principalmente a DM.

REFERÊNCIAS

BAUMAN, Zygmunt. (2007). *Tempos líquidos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 56p. - (Cadernos de Atenção Básica, n. 16). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.pdf>. Acessado em 02 nov. 2021.

COSENDEY, Marly Aparecida Elias; BERMUDEZ, Jorge Antônio Zepeda; REIS, André Luis de Almeida dos; SILVA, Hayne Felipe da; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; LUIZA, Vera Lúcia. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 16, n. 1, p. 171-182, jan. 2000. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2000000100018>.

GAMA, Carlos Alberto Pegolo da; GUIMARAES, Denise Alves; ROCHA, Guilherme Navarro Gontijo. Diabetes Mellitus e atenção primária: percepção dos profissionais sobre os problemas relacionados ao cuidado oferecido às pessoas com diabetes. **Pesqui. prá. psicossociais**, São João del-Rei, v. 12, n. 3, p. 1-16, dez. 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000300013&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 02 nov. 2021.

Iser BP, Malta DC, Duncan BB, de Moura L, Vigo A, Schmidt MI. Prevalence, correlates, and description of self-reported diabetes in brazilian capitals - results from a telephone survey. *PLoS One* 2014; 9(9): e108044.

MATTOS, Patrícia Echenique; LUZ, Laércio Lima; SANTIAGO, Lívia Maria; MATTOS, Inês Echenique. Tendência da mortalidade por diabetes melito em capitais brasileiras, 1980-2007. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, [S.L.], v. 56, n. 1, p. 39-46, fev. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0004-27302012000100007>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Bucal. Brasília, 2013. (Caderno de Atenção Básica n. 17). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2021.

OGURTSOVA, K.; FERNANDES, J.D. da Rocha; HUANG, Y.; LINNENKAMP, U.; GUARIGUATA, L.; CHO, N.H.; CAVAN, D.; SHAW, J.e.; MAKAROFF, L.e.. IDF Diabetes Atlas: global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040. **Diabetes Research And Clinical Practice**, [S.L.], v. 128, p. 40-50, jun. 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.diabres.2017.03.024>.

VOLACO, Alexei; CAVALCANTI, Ana Maria; PECOITS FILHO, Roberto; PRECOMA, Dalton Bertolim. Socioeconomic Status: the missing link between obesity and diabetes mellitus?. **Current Diabetes Reviews**, [S.L.], v. 14, n. 4, p. 321-326, 28 jun. 2018. Bentham Science Publishers Ltd.. <http://dx.doi.org/10.2174/1573399813666170621123227>.

WHO. World Health Organization (2016). Global report on diabetes. Geneva: World Health Organization. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf>. Acessado em 02 nov. 2021.

CAPÍTULO 8

A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)

Isadora Rodrigues Martins, Medicina – UNIG.
Júlia Freitas Cesário Cordeiro, Medicina – UNIG.
João Paulo Nabas Rocha, Medicina – UNIG.
Lucas Cuzzuol Belém, Medicina – UNIG.
Neila Pimenta Vieira, Medicina – UNIG.
Paola Pimenta Vieira, Medicina – UNIG.
Pedro Neves Motta Simão, Medicina – UNIG.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um dos principais fatores de risco para as complicações cardiovasculares, e outras mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, e doenças renais. No ano de 2018, dados na Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo indicam que a hipertensão atinge mais de 30 milhões de pessoas no Brasil. A atenção primária tem grande relevância nesse quesito, por ser a porta de entrada do SUS, e caracterizada por prevenir agravos de comorbidades, com foco na redução de danos, tratamento que impacte positivamente a saúde no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária, hipertensão arterial, risco cardiovascular, SUS.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension is one of the main risk factors for cardiovascular complications, and other more common complications such as stroke and acute myocardial infarction, and kidney disease. In 2018, data from the Society of Cardiology of the State of São Paulo indicate that hypertension affects more than 30 million people in Brazil. Primary care has great relevance in this regard, as it is the gateway to the SUS, and is characterized by preventing comorbidities, focusing on harm reduction, a treatment that positively impacts health in Brazil.

KEYWORDS: Primary care, arterial hypertension, cardiovascular risk, SUS.

INTRODUÇÃO

A atenção primária a Saúde basicamente é a porta de entrada do SUS. É o primeiro nível de atenção em saúde, e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Portanto, evidencia-se a importância da atuação da atenção primária no intuito de reduzir o agravamento para a hipertensão arterial sistêmica (HAS), com propostas de

estratégias de prevenção e promoção à saúde para a comunidade, evitando o piora ou aparecimento de novas doenças, como doenças cardiovasculares, doenças neurológicas, problemas renais e entre outros (GOPAR-NIETO *et al.*, 2020).

UM BREVE CONCEITO DE HAS

Segundo a organização mundial de saúde (OMS), a hipertensão arterial sistêmica é uma condição patológica crônica, intransmissível e multifatorial em que os níveis pressóricos estão elevados, (PAS >140mmHg e PAD > 90mmHg sem uso de anti-hipertensivos). O desenvolvimento dessa comorbidade pode estar diretamente relacionado com hábitos de vida, fatores epigenéticos, hereditários, sociais, emocionais e ambientais. É o principal fator de risco modificável com associação independente, linear, contínua para outras doenças como doença renal crônica, doenças cardiovasculares e morte prematura. Associa-se a fatores de risco metabólicos para as doenças dos sistemas cardiovascular e renal, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito (GOPAR-NIETO *et al.*, 2020).

A hipertensão arterial é uma doença silenciosa e pode vir apresentar sintomas quando se encontra em um estágio mais grave, ela é classificada em HAS primária, que está associada com hábitos de vida, fatores hereditários e idade do paciente e HAS secundária que é causada por uma condição patológica já existente, na maioria dos casos de caráter reversível que causam aumento sustentado ou episódio da PA. O tratamento não medicamentoso consiste em diminuir a ingestão de alimentos que possuem grande concentração de sódio, aumentar a ingestão de alimentos que possuem grande concentração de potássio a fim de regularizar a concentração desses íons no organismo, atividade física e caso ainda tenha o aumento dos níveis pressóricos o médico deve indicar o melhor tratamento medicamentoso para o caso do seu paciente (GOPAR-NIETO *et al.*, 2020).

DIAGNOSTICO DA HIPERTENSÃO

No Brasil, aproximadamente 250.000 mortes por doenças cardiovasculares são registradas por ano, dentre elas há a participação de quase a metade pela hipertensão cardiovascular sistêmica (HAS). A prevalência de tal doença em idosos e pessoas obesas sobe as estatísticas, sendo ela cerca de 59% em pessoas com mais idade e um índice que aponta seis vezes mais chance de ter HAS em pessoas obesas comparado a pessoas com peso controlado, para cada 10% a mais na gordura corporal, eleva-se aproximadamente 6,0 mmHg na pressão arterial sistólica e 4,0 mmHg na diastólica, tal fato torna a doença um problema de saúde pública (ARAGÃO *et al.*, 2007).

Não é necessário equipamentos sofisticados para o diagnóstico da HAS, apenas um esfigmomanômetro e um estetoscópio, o manguito deve ser adequado à circunferência do braço do examinado, uma vez que um manguito apertado (para pacientes obesos) varia seu resultado para cima, e um frouxo (para crianças ou pessoas abaixo do peso) varia para baixo, dando um resultado incorreto na aferição, o paciente deve ter evitado exercícios físicos de 60 a 90 minutos antes da aferição, não ter usado bebidas alcoólicas, café ou fumar 30 minutos antes, evitar bexiga cheia e repousar por 5 minutos. Caso a pressão seja maior que 140 mmHg/90 mmHg, o examinado é hipertenso, dando-se o diagnóstico de HAS, caso a pressão seja menor que o indicado anteriormente, pede-se ao examinado um retorno para uma segunda consulta, podendo solicitar MAPA, MRPA e uma segunda aferição, caso os novos valores indiquem uma PA maior que 140 mmHg/90 mmHg o examinado é diagnosticado com HAS (ARAGÃO *et al.*, 2007).

ESTRATEGIAS DA ATENÇÃO BÁSICA PARA O CONTROLE E PREVENÇÃO DA HAS

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresenta baixas taxas de controle, e é considerada um dos principais fatores para doenças cardiovasculares, e também a principal causa de morte no Brasil, representando de tal forma, um dos maiores problemas de saúde pública do país. Geralmente, a HAS tem seu diagnóstico e tratamento descuidado, e muitas vezes ignorados pelos profissionais da saúde (PIERIN *et al.*, 2011).

Existem diversos motivos atribuídos à falha do controle da hipertensão arterial. Podemos citar alguns, como a falta do conhecimento dos pacientes sobre sua condição de hipertenso; o tratamento não adequado; e diversos erros médicos, como por exemplo a não prescrição de mudanças no hábito e estilo de vida, doses adequadas. De acordo com a OMS, cerca de 50% pacientes não aderem ao tratamento prescrito. É importante que o profissional da saúde explique e ensine sobre a doença, suas complicações e sua necessidade de tratamento. Grande parte da população tem dificuldade que mudar seu hábito e estilo de vida, principalmente os indivíduos de baixa renda, em que os serviços e tratamento de saúde são deficientes, além dos péssimos recursos financeiros para obtenção de medicamentos, realização de exames e mudanças do estilo de vida, como uma melhor alimentação, nível educacional, entre outros (POZZAN *et al.*, 2003).

Entre os anos de 2001 e 2003, o Ministério da Saúde implementou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, com o objetivo de reduzir a morbi-mortalidade associada a tais patologias. Basicamente as propostas foram ações

de rastreamento, capacitação de profissionais de saúde e reorganização da rede de assistência à saúde, tendo sido a primeira iniciativa mundial de realização de uma campanha populacional massiva para o rastreamento de doenças crônicas não transmissíveis (TOSCANO, 2008).

Em relação ao problema do controle inadequado da hipertensão arterial, tem sido identificado os principais problemas de causas modificáveis. Algumas delas eram o fornecimento inapropriado de medicamentos anti-hipertensivos, acompanhamento médico e de enfermagem irregular, hábitos e estilos de vida inadequados, e baixo nível de informação sobre a doença. Portanto, foram propostos projetos afim de solucioná-los. Em relação aos medicamentos, encontra-se a necessidade do fornecimento de medicamentos com uso contínuo, reduzindo assim, o uso incorreto de anti-hipertensivos (PIERIN *et al.*, 2011).

Uma vez que resolvido a parte medicamentosa, deve-se atentar para o atendimento do médico/enfermagem irregular. Deve, portanto, ser definido a quantidade de atendimento semanais necessários de cada paciente hipertensivo, com a melhoria do atendimento da equipe, organização de agendas, em conjunto com um acompanhamento regular dos hipertensos por parte dos médicos e da equipe de enfermagem. Por fim, é necessário aumenta o nível de conhecimento e informação por parte dos pacientes hipertensos, mostrando a importância do tratamento e acompanhamento regular, as consequências da falta de tratamento (PIERIN *et al.*, 2011).

Mediante ao exposto, deve-se lembrar também das consequências da falta de mudança de hábitos e estilo de vida. É dever dos profissionais de saúde e conjunto com o governo influenciarem a mudanças desses hábitos, com formação de grupos para caminhadas, formação de grupos para atividades educativas, a busca de colaboração com educadores físicos e nutricionistas, afim de reduzir a incidência de sedentarismo, tabagismos, alcoolismo e obesidade em pacientes hipertensos (MALTA *et al.*, 2009; CABRAL, 2009).

Entre alguns estratégias para a prevenção, podemos incluir medidas gerais de promoção de saúde, campanhas educacionais, recomendações e intervenções. Podemos dividir em dois modos: estratégias para a população em geral, e estratégias para grupos selecionados. Em relação à estratégias para a população, são ações de larga escala, com foco principal na educação e no conhecimento sobre a hipertensão, implementadas através de campanhas transmitidas na TV, rádio, revistas, jornais, entre outros. Em relação ao grupo selecionados, tem prioridade atingir o público que tem maior risco de desenvolver hipertensão, como por exemplo,

indivíduos de história familiar de HAS, variáveis epidemiológicas, clínicas e étnicas, fatores ambientais ou genéticos (MACMAHON *et al.*, 2005).

IMPORTANCIA DO ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL EM PACIENTES COM HAS

É um grupo de profissionais clínicos que trabalham unidos em prol do diagnóstico, tratamento e recuperação do paciente. A quantidade de profissionais na equipe e a formação acadêmica de cada um depende da demanda clínica, dos recursos financeiros e do número de pacientes. Quando um grupo de profissionais trabalha conjuntamente, a percepção de problemas clínicos é maior, visto que cada um deles avalia o paciente objetiva e subjetivamente. Isso possibilita diferentes abordagens de questões específicas e ajuda na escolha das terapias mais adequadas. Basicamente, a equipe de profissionais atua em conjunto, mas em suas respectivas áreas de formação. Esse trabalho integrado evita o protagonismo de alguns especialistas e reduz o risco de falhas na avaliação diagnóstica e na conduta terapêutica. Pode ser formada por médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos e Assistentes sociais. A vantagem desse tipo de atuação em pacientes com hipertensão arterial, são o número de pessoas atendidas, que será maior em relação ao atendimento de um único profissional da saúde; a adesão do tratamento será superior; alto do número de pacientes com pressão arterial controlada; aumento do número de pacientes com conhecimento e mudanças nos hábitos e estilo de vida (CALHOUN *et al.*, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista os aspectos mencionados, percebe-se que a HAS é a principal causa de morte no Brasil, visto que é uma doença silenciosa e crônica com baixas taxas de controle, cujo o desenvolvimento dessa comorbidade pode estar diretamente relacionado com hábitos de vida (HAS primária) ou pode estar relacionada a uma patologia já existente (HAS secundária). Deve ser definido uma quantidade de atendimento semanais necessárias para cada paciente hipertensivo para o atendimento multiprofissional assim reduzindo o risco de falhas no diagnóstico e por consequência possibilitando uma melhor atuação profissional.

REFERÊNCIAS

ARAGÃO EIS, Portugal FB, Campos MR, Lopes CS, Fortes SLCL. Different patterns of social support perceived and their association with physical (hypertension, diabetes) or mental diseases in the context of primary health care. *Cien Saude Colet.* 2017 Jul;22(7):2367-2374. Portuguese, English. doi: 10.1590/1413-81232017227.26712015. PMID: 28724018.

ARAUJO JC, Guimaraes AC. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. *Rev Saude Publica*. 2007;41(3):368-74. DOI:10.1590/S0034-89102007000300007

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia. São Paulo, v. 5. 2010.

BERLOWITZ, Dan R.; ASH, Arlene S.; HICKEY, Elaine C.; FRIEDMAN, Robert H.; GLICKMAN, Mark; KADER, Boris; MOSKOWITZ, Mark A. Inadequate management of blood pressure in a hypertensive population. *N Engl J Med*. 1998;339:1957-63.

CABRAL, Norberto Luiz. Epidemiologia e impacto da doença cerebrovascular no Brasil e no mundo. *ComCiência*, Campinas, n. 109, 2009

Calhoun DA, Jones D, Textor S, Goff DC, Murphy TP, Toto RD, White A, Cushman WC, White W, Sica D, Ferdinand K, Giles TD, Falkner B, Carey RM; American Heart Association Professional Education Committee. Resistant hypertension: diagnosis, evaluation, and treatment: a scientific statement from the American Heart Association Professional Education Committee of the Council for High Blood Pressure Research. *Circulation*. 2008 Jun 24;117(25):e510-26. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.108.189141. PMID: 18574054.

FONSECA, Edna Maria da. Reorganização do processo de acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte, 2010. 21f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

GOPAR-NIETO R, Ezquerra-Osorio A, Chávez-Gómez NL, Manzur-Sandoval D, Raymundo-Martínez GIM. [¿Cómo tratar la hipertensión arterial sistémica? Estrategias de tratamiento actuales]. *Arch Cardiol Mex*. 2020 Dec 3. Esperanto. doi: 10.24875/ACM.20000301. Epub ahead of print. PMID: 33270622.

JARDIM PCBV & SOUSA ALL. A Equipe multiprofissional no tratamento do hipertenso. *HiperAtivo* 2: 3-6, 1993

JARDIM PCBV et al. Evaluation of compliance to treatment of patients with hypertension in multiprofessional activities. *Am J Hypertens* 5: 134-A, 1992

KAPLAN, Norman M. Treatment of Hypertension: drug therapy. In: Kaplan NM (ed). *Clinical Hypertension*. 9 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005; p.237-338

KAPLAN, Norman M. Treatment of Hypertension: why, when, how far. In: Kaplan NM (ed). *Clinical Hypertension*. 9 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005; p.176-205.

MACMAHON S, Neal B, Rodgers A. Hypertension--time to move on. *Lancet*. 2005 Mar 19-25;365(9464):1108-9. doi: 10.1016/S0140-6736(05)71148-X. PMID: 15781107.

MALTA, Deborah Carvalho; MOURA, Lenildo de; SOUZA, Fátima Marinho de; ROCHA, Francisco Marcelo; FERNANDES, Roberto Men. Doenças crônicas não transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006 in Saúde Brasil 2008. Ministério da Saúde, Brasília. 2009. Pág 337-362

MEDINA, M. G.; Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? Saúde Debate | Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 69-82, Out, 2014

PIERIN AM, Marroni SN, Taveira LA, Benseñor IJ. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo [Hypertension control and related factors at primary care located in the west side of the city of São Paulo, Brazil]. Cien Saude Colet. 2011;16 Suppl 1:1389-400. Portuguese. doi: 10.1590/s1413-81232011000700074. PMID: 21503490.

POZZAN, Roberto; BRANDÃO, Andréa Araújo; MAGALHÃES, Maria Eliane; FREITAS, Elizabete Viana de; BRANDÃO, Ayrton Pires. O controle da pressão arterial como questão central no tratamento da hipertensão arterial. Rev Bras Hipertens. 10: 253-259, 2003.

RABETTI, Aparecida de Cássia; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de. Evaluation of actions concerning systemic arterial hypertension in primary healthcare. Revista de saúde pública, v. 45, n. 2, p. 258-268, 2011.

REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL., RIO DE JANEIRO, 2011; 14(2):271-284

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol. 2010;95(Supl 1):1-51

WETZEL JUNIOR, Willi; SILVEIRA, Marysabel Pinto Telis. Hipertensão arterial: um problema de todos. Nursing (São Paulo), p. 70-75, 2005

CAPÍTULO 9

A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Evandro Santana Júnior, Medicina – UNIG.

Guilherme Balbi de Jesus, Medicina – UNIG.

Jairo do Norte Lasmar Marques, Medicina – UNIG.

Juan Gabriel Pena Dias, Medicina – UNIG.

Lyara Alves Lorenzini, Medicina – UNIG.

Rayssa Ferreira da Silva Ribeiro, Graduada em Arquitetura e Urbanismo pela Uniredentor e graduanda em Medicina pela Universidade Iguaçú.

Thais Berbert Gomes, Medicina – UNIG.

RESUMO

Este estudo objetivou trazer a importância do acompanhamento pré-natal na atenção primária do período gestacional como forma informativa e de alerta para pacientes e profissionais da saúde. A abordagem acerca dos cuidados primários foi feita por meio de pesquisa bibliográfica sobre o tema, visando demonstrar que garantir uma assistência integral é um problema para o Sistema Único de Saúde (SUS), quanto mais quando se trata da assistência pré-natal. Fato é que a gestante possui uma série de direitos, na qual faz parte a integralidade, eis que esta tem que se fazer presente em todo o ciclo gestacional e, ainda, vale dizer que recentemente, o período da pandemia afetou bastante o acesso desse público a grande maioria dos serviços de saúde. Esses fatos foram mudando de acordo com a capacidade de resolução de muitas demandas diante de uma equipe multiprofissional, assim como pela confiança que ia surgindo/aumentando no decorrer da gestação das gestantes para com a equipe. Dito isso, conclui-se que a vivência multiprofissional é de extrema importância para as gestantes e para os profissionais. O alinhamento e integração da equipe reflete diretamente em atendimentos mais qualificados e equivalentes.

PALAVRAS-CHAVE: Pré-Natal. Atenção Primária. Gestação.

ABSTRACT

This study aimed to bring out the importance of prenatal care in primary care during the gestational period as an informative and alert way for patients and health professionals. The approach to primary care was made through bibliographic research on the subject, aiming to demonstrate that ensuring comprehensive care is a problem for the Unified Health System (SUS), especially when it comes to prenatal care. The fact is that the pregnant woman has a series of rights, in which integrality is a part, behold, this has to be present throughout the gestational cycle and, also, it is worth saying that recently, the pandemic period has greatly affected the access of this public. the vast majority of health services. These facts changed according to the ability to resolve many demands in front of a multidisciplinary team, as well as the trust that was emerging/increasing during the pregnancy of pregnant women towards the team. That said, it is concluded that the multidisciplinary experience is extremely important for pregnant women and professionals. The alignment and integration of the team directly reflects in more qualified and equivalent services.

KEYWORDS: Prenatal. Primary attention. Gestation.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com o Ministério da Saúde (2000), o principal objetivo da assistência pré-natal é fornecer acolhimento e assistência primária de qualidade às gestantes, desde o início da gravidez, período em que ocorrem grandes mudanças físicas e emocionais, tornando seu acompanhamento fundamental na prevenção e detecção preventiva de patologias maternas e fetais.

A atenção primária faz parte de uma política pública do Sistema Nacional de Saúde, que foi incorporado apenas a partir dos anos 2000, com a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/2001. Ou seja, os cuidados pré-natais além de ser um direito de qualquer gestante é também uma questão de saúde pública do qual o município tem o dever de fornecer estes serviços de acompanhamento além da assistência ao parto, puerpério e neonatal.

Assim, o primeiro passo para um parto bem como nascimento saudável é a assistência pré-natal, eis que se trata da manutenção do bem-estar físico e emocional ao decorrer da gestação, parto e nascimento, e, ainda, traz informação e orientação sobre a evolução da gestação e do trabalho de parto à puérpera.

Para o parto e nascimento saudável, o ideal do início dos cuidados primários é que estes comecem no primeiro trimestre de gravidez para também introduzir orientações quanto à sexualidade, orientação higienodietética, o desenvolvimento gestacional em si, parto e puerpério, entre outros.

Ter uma experiência positiva durante o pré-natal para as gestantes é de suma importância, na qual se funda na relação profissional-puérpera durante a assistência, sendo certo que o diálogo, as informações e orientações sobre os cuidados em saúde são vistos como um diferencial que contribui para o alcance da eficiência.

Dito isso, a assistência pré-natal não deve se resumir à realização de consultas e solicitação de exames, eis que se deve levar em consideração o acolhimento e o reconhecimento das necessidades das gestantes, visando o estabelecimento de vínculos, conforme acima supracitado.

Este trabalho objetivou, então, clarificar e orientar acerca dos cuidados sobre a atenção primária no período pré-natal, para assim contribuir com os estudos na área e acrescentar de forma informativa para os leitores sobre o assunto. Deste modo, espera-se que esta pesquisa contribua como ferramenta geradora de conhecimento para assistência no cuidado primário e na prevenção de patologias maternas e fetais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O QUE É ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)?

Pode-se caracterizar como Atenção Primária à Saúde (APS) como ações coletivas e individuais para promoção da saúde e prevenção de doenças, objetivando o desenvolvimento da atenção integral com impactos positivos na saúde das coletividades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Desta forma, pode-se dizer que é dever da “APS” garantir o acesso e a continuidade do pré-natal. Esta funciona como um “indicador” medindo o número de gestantes assessoradas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e sua Rede de Atenção, prezando pela equidade, acessibilidade, responsabilização e humanização. Além disso, no Brasil a Atenção Primária é desenvolvida de forma descentralizada com diversas iniciativas governamentais como o Estratégia de Saúde da Família (ESF), Unidades de Saúde da Família (USF), Previne Brasil, entre outros.

Como forma de auxiliar as Equipes de Atenção Primária (EAP) na qualificação do cuidado, têm-se o Caderno de Atenção Básica Pré-Natal (CAB) nº32, como instrumento que aborda sobre o pré-natal de baixo risco e o manual técnico de gestação de alto risco, questões de possíveis intercorrências e gestações especiais, além de questões legais relacionadas à gestação sendo a captação e identificação precoce da gestante como passo inicial do pré-natal na APS até 12^a semana de gestação (BRASIL, 2012).

Contudo, todo o trabalho de atenção primária na orientação, e também no mapeamento de dados, deve ser revestido de acolhimento para com a gestante. O foco da APS, além realizar atenção integral e de promoção da saúde como na prevenção de agravos, é proporcionar atendimento humanizado para as gestantes. A escuta aberta, a sensibilidade e a capacidade de percepção do profissional de saúde são condições básicas que devem ser colocados à disposição da gestante, pois o acolhimento não é um local concreto, mas sim uma postura ética e solidária que contribui para o melhor atendimento e desenvolvimento gestacional, visto que se estabelece um diálogo de confiança na relação médico-gestante (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

2.2 ORGANIZAÇÃO E PLANEJAMENTO DA APS

Ao se dirigir aos primeiros cuidados pré-natais, a gestante precisa ter como porta de entrada uma Unidade Básica de Saúde (UBS) para melhor atendimento de suas necessidades. De acordo com o Ministério da Saúde (2012), no Caderno de Atenção Básica dispõe de 10 passos a serem seguidos para a Atenção Primária conforme o quadro abaixo.

Quadro 1: 10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica.

1º PASSO: Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce)
2º PASSO: Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.
3º PASSO: Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.
4º PASSO: Promover a escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes".
5º PASSO: Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.
6º PASSO: É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)".
7º PASSO: Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.
8º PASSO: Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto".
9º PASSO: Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).
10º PASSO: As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

Fonte: Caderno 32 de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, Ministério da Saúde (2012).

Os “10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica” presente no quadro acima sintetizam a razão de ser da APS. De forma descrita, além de dar assistência ao planejamento familiar, regulamentada pela Lei nº 9.263/96 entendida como o conjunto de ações de regulação da fecundidade, de forma que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal (art. 2º).

2.3 DOENÇAS NO PERÍODO PRÉ-NATAL

As atividades desenvolvidas na avaliação pré-concepcional devem incluir anamnese e exame físico, com exame ginecológico, além de exames laboratoriais e histórico familiar para avaliação de risco gestacional. É necessária a avaliação do histórico familiar (de doenças hereditárias, pré-eclâmpsia, hipertensão e diabetes) e, caso haja, do histórico obstétrico (o número de gestações anteriores e de partos pré-termo, o intervalo entre os partos, o tipo de parto, o peso ao nascimento e as complicações das gestações anteriores, como abortamento,

perdas fetais e hemorragias e malformações congênitas) a fim de identificar qualquer situação que possa complicar a gravidez.

Posteriormente verifica-se no exame geral a pressão arterial (PA), o peso e a altura da mulher, podendo ou não ser acompanhado de orientação nutricional como forma de mudar o estilo de vida da paciente, além de se recomendar o exame preventivo do câncer do colo do útero uma vez ao ano.

Assim, os instrumentos e procedimentos que devem ser utilizados com a gestante na atenção primária são: 1) Cartão da Gestante como instrumento de registro da gestação para referência. 2) Mapa de Registro Diário como instrumento de avaliação de ações de assistência pré-natal com as informações de cada consulta. 3) Ficha Perinatal como instrumento de uso dos profissionais da saúde, deve conter os dados do período gestacional, parto, recém-nascido e puerpério. A partir desses instrumentos é possível colher dados e montar referências sobre a atenção primária

Quanto às infecções e doenças crônicas são eficazes as seguintes ações de prevenção: 1) Rubéola e Hepatite B: Imunização antes da gestação nos casos negativos; 2) Toxoplasmose: Realização do teste no pré-natal; 3) HIV/Aids: Realização do teste anti-HIV. Em caso negativo, orienta-se a paciente para os cuidados preventivos. Em casos positivos, deve-se encaminhar à paciente para o serviço de referência especializado e prestar esclarecimentos sobre os tratamentos disponíveis e outras orientações para o controle da infecção materna e para a redução da transmissão do vírus. 4) Quanto às demais DST: Nos casos positivos, deve-se instituir diagnóstico e tratamento e prevenção no momento da consulta. 5) Doenças Crônicas como Diabetes, com o controle da glicemia com auxílio da orientação nutricional; A Hipertensão arterial crônica, com tratamento farmacológico, acompanhamento nutricional e dietético para a avaliação do comprometimento cardíaco e renal; entre outros.

2.4 GRAVIDEZ DE RISCO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A gravidez não deve ser entendida como doença, mas requer todos os cuidados necessários para a saúde da gestante e do feto. Para reduzir a taxa de morbimortalidade materno-infantil é necessária identificação precoce dos fatores de risco gestacionais por meio do histórico familiar, histórico obstétrico e exames clínicos. Contudo, alguns fatores e intercorrências clínicas podem influenciar na gravidez, sendo essa classificada como Gravidez de Baixo Risco ou Gravidez de Alto Risco.

Na primeira consulta de pré-natal, e, ainda, se a consulta pré-concepcional não foi realizada, é de suma importância obter a história clínica e familiar da paciente, identificando especialmente a presença de história prévia de hipertensão arterial sistêmica (HAS), cardiopatias, diabetes, infecções, doenças sexualmente transmissíveis (DST) e doenças psiquiátricas. Deve-se identificar o uso de medicações e, se necessário, suspendê-las ou substituí-las por outras melhor estudadas quanto à segurança à saúde da mãe e do bebê.

Podemos considerar uma gravidez de baixo risco aquela que possui apenas o risco habitual, ou seja, não é necessária qualquer intervenção de maior complexidade. Porém, se é identificado qualquer intercorrência que ponha em risco a saúde da gestante ou do feto, como doenças crônicas prévias, uma condição ou doença que venha a oferecer riscos para ambos, assim, a gravidez de alto risco passa a exigir avaliações mais frequentes.

De acordo com o Ministério da Saúde (2012), vale ressaltar, que um pré-natal de baixo risco pode se tornar de alto risco nos seguintes casos: 1) Características Individuais e Condições Sociodemográficas Desfavoráveis como idade menor que 17 anos; altura menor que 1,45m; peso menor que 45kg; uso de substâncias ilícitas e exposição a agentes químicos, físicos, biológicos e estresse. 2) História Reprodutiva Anterior como morte perinatal explicada ou inexplicada; recém-nascido com crescimento retardado ou pré-termo ou malformado; aborto habitual; infertilidade ou esterilidade; cirurgia uterina anterior e síndrome hemorrágica ou doença hipertensiva.

Para Lenz e Correa (2010), outros fatores que constituem a classificação de risco gestacional como por exemplo para a pré-eclâmpsia pode-se destacar os seguintes termos: 1) Nulíparas e multíparas; 2) Gestação gemelar; 3) Gestante com 40 anos ou mais; 4) Intervalo entre as gestações > que 10 anos; 5) Hipertensão arterial prévia; 6) História familiar ou prévia de pré-eclâmpsia; 7) Diabetes; 8) Colagenoses; 9) Isoimunização ao fator Rh; 10) Trombofilias; 11) Obesidade (IMC = ou > 30 Kg/m²) e 12) Doença renal pré-existente.

Desta forma, quando as consultas não acontecem no período regular no início do pré-natal, sendo 1 consulta mensalmente, até a 28ª semana; quinzenalmente, da 28ª até a 36ª semana; semanalmente da 36ª semana até a 41ª, não apenas o feto pode ser comprometido como também a gestante pode ser prejudicada, por doenças como a diabetes gestacional e a pré-eclâmpsia. (ANDREUCCI; CECATI, 2011), além de ser necessária a atenção à puerpera e ao recém-nascido na primeira semana após o parto e na consulta puerperal até o 42º dia após o parto.

3. METODOLOGIA

Este estudo foi desenvolvido com objetivo de orientar e trazer a importância do acompanhamento pré-natal na atenção primária do período gestacional. Para tanto, foi utilizada a abordagem acerca dos cuidados primários por meio de pesquisa bibliográfica sobre o tema dos principais órgãos oficiais de saúde pública como o Ministério da Saúde, a Secretaria de Saúde, a Organização Mundial da Saúde, dispondo de cartilhas, informativos e apostilas disponíveis de forma online, para confiabilidade dos dados e orientações.

As informações apresentadas foram extraídas do Relatório Anual e Gestão – RAG, da Secretaria Estadual da Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) do ano de 2020, instrumento de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) que permite mapeamento, apresentação de resultados, acompanhamento de metas e planejamento quadrienal de dados populacionais de acordo com os objetivos do SUS. O relatório, apresenta os dados da seguinte forma: Identificação; Introdução; Dados demográficos e de morbimortalidade; Dados da produção de serviços no SUS; Rede física prestadora de serviços ao SUS; Profissionais de Saúde trabalhando no SUS; Programação Anual de Saúde - PAS; Indicadores de Pactuação Interfederativa; Execução Orçamentária e Financeira; Auditorias; Análises e Considerações Gerais e, por fim, Recomendações para o próximo exercício. Porém, neste trabalho serão evidenciados os resultados alcançados pela política de saúde e com foco na análise dos dados demográficos da população feminina, gestacional e morbitabilidades.

Vale destacar que a coleta de dados do Relatório Anual de Gestão do ano de 2020 ocorreu durante a pandemia da Covid-19, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou emergência de saúde pública de importância internacional (ESPII) em março do mesmo ano, que apesar das medidas de enfrentamento da propagação do vírus criadas pelo governo do Estado do Rio de Janeiro (Decreto nº 46.969 de 12 de março de 2020), trouxeram impactos que refletiram no RAG 2020 (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2020).

4. ANÁLISE DE DADOS POPULACIONAIS E RESULTADOS

4.1 DADOS DEMOGRÁFICOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Os dados demográficos da população colhidos pela Secretaria Estadual da Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) pode-se estimar por sexo e idade conforme abaixo.

Tabela 1: População por Sexo e Faixa Etária no Período de 2020.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
0 a 4 anos	575123	548521	1123644
5 a 9 anos	563335	537734	1101069
10 a 14 anos	539267	515868	1055135
15 a 19 anos	580133	558014	1138147
20 a 29 anos	1322966	1315760	2638726
30 a 39 anos	1312064	1380567	2692631
40 a 49 anos	1174072	1302783	2476855
50 a 59 anos	994563	1152323	2146886
60 a 69 anos	724786	920651	1645437
70 a 79 anos	363800	524402	888202
80 anos e mais	156162	303295	459457
Total	8306271	9059918	17366189

Fonte: Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/CGIAE (DataSUS/Tabnet). Data da consulta: 15/03/2021.

Pode-se observar que a estrutura etária fluminense evidencia pequena e decrescente maioria do sexo masculino na população nas faixas etárias entre 0 e 29 anos, e crescente predomínio do sexo feminino em todas as demais faixas etárias. De acordo com a Secretaria Estadual da Saúde do Rio de Janeiro (2020), estima-se que, segundo a região de saúde, 2% da população do estado esteja presente na região noroeste.

4.2 NASCIDOS VIVOS E INTERNAÇÕES

Quanto ao número de nascidos vivos no estado do Rio de Janeiro no ano de 2020 têm-se notado uma queda na natalidade, com 198.187 nascidos vivos, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia Estatística – IBGE, comparado ao período de 2015-2020, sendo 236.960, para 2019; 219.129, para 2018; 223.224, para 2017; 220.542, para 2016; e 208.225 para 2015. A mesma tendência de queda se mantém na taxa de fecundidade total (TFT) do Estado do Rio de Janeiro que possui uma trajetória decrescente na maioria do período estudado pela projeção (2010-2060) do IBGE, que registrou uma média de 1,59 filho por mulher, em 2010, chegando ao valor de 1,73, em 2020 (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2020). Quanto às internações e intercorrências podemos destacar abaixo as principais causas no ano de 2020.

Quadro 2: Causas de Internação e Morbidade Hospitalar por Residentes pelo CID 10.

Causa de Internação	Ano de 2019	Ano de 2020
Gravidez, parto e puerpério	160.359	157.636
Algumas afecções originadas no período perinatal	17.709	18.752
Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas	7.239	4.737

Fonte: Adaptado de Internações Hospitalares do Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS – MS.

Segundo o estudo, em 2020, a gravidez, o parto e o puerpério caracterizaram 24,1% das internações hospitalares contra 655.262 internações registradas por doenças infecciosas ou parasitárias, neoplasias, doenças do sistema nervoso, doenças do sangue, doenças do aparelho respiratório, entre outros. Em relação ao ano de 2019 cita-se:

Houve redução 10,3% no total das internações hospitalares, embora registrem-se 74,8% de aumento nas internações por doenças infecciosas e parasitárias (DIP), em sua quase totalidade decorrente da Covid-19, e 5,9% de aumento nas internações por afecções originadas no período perinatal: à exceção de transtornos hemorrágicos e do aparelho digestivo do feto ou do recém-nascido, houve aumento na frequência de internações por todos os demais grupos de causas perinatais, provavelmente, refletindo também os efeitos do aumento de casos de prematuridade induzida pela antecipação dos partos, devido aos casos de Covid em gestantes (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2020).

Podemos incluir os partos como maior causa de internação das causas obstétricas, o que corresponde a 13,1% em 2020. Vale destacar que parte dessas intercorrências estão associadas à Covid-19 representando um risco na gravidez.

4.3 MORTALIDADE

Em relação a mortalidade por grupo de causas, podemos mencionar abaixo no período de 2019 e 2020.

Quadro 3: Causas de Mortalidade pelo CID 10.

Causa do Óbito	Ano de 2019	Ano de 2020
Gravidez, parto e puerpério	179	210
Algumas afecções originadas no período perinatal	1.471	1.437
Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas	795	679

Fonte: Adaptado do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Tabnet da Secretaria Estadual de Saúde - SES/RJ. Situação da base estadual em 08/03/2021, com óbitos ocorridos até fevereiro/2021

A avaliação desses dados deve-se levar em conta o aumento de óbitos maternos em 2020 em função da Covid-19 em gestantes e puérperas pelo risco de complicações e comorbidades. Nota-se, que o aumento comparado a 2019 foi de 17,3%, sendo que 53,8% desses óbitos foram por hipertensão gestacional em 2020, o que nos leva a uma segunda análise em que a Covid-19 pode acarretar em partos prematuros para as gestantes, podendo ser associados ao aumento dos óbitos.

Neste contraponto, apesar da redução da mortalidade infantil nas últimas décadas, segundo o Ministério da Saúde (2012) um número expressivo ainda faz parte da nossa realidade social. Mesmo com a ampliação de campanhas aos cuidados primários alguns fatores como a qualificação das equipes de atenção primária podem contribuir nos desdobramentos da saúde gestacional, visto que, os óbitos ainda ocorrem por causas evitáveis no que diz respeito à atenção pré-natal, parto e recém-nascidos e nessa mesma proporção com o aumento dos casos de sífilis congênita e hipertensão arterial.

Assim, é possível afirmar, de acordo com os estudos pelo Ministério da Saúde (2012), que a qualificação da equipe multidisciplinar de profissionais de saúde na rede de atenção básica (composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, cirurgião-dentista, nutricionista e o agente de saúde) contribui como fator relevante na saúde gestacional e na realidade do número de morbimortalidade, em consoante com a estrutura e materiais para a realização dos exames clínicos, a análise dos resultado dos exames em tempo hábil e o atendimento humanístico voltado para o cuidado materno-infantil.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Garantir uma assistência integral é um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), quanto mais quando se trata da assistência pré-natal. Fato é que a gestante possui uma série de direitos, na qual faz parte a integralidade, eis que esta tem que se fazer presente em todo o ciclo gestacional e, ainda, vale dizer que recentemente, o período da pandemia afetou bastante o acesso desse público a grande maioria dos serviços de saúde.

Orientações importantes que a equipe da saúde primária deve fornecer às gestantes nos cuidados da atenção básica incluem garantir o mínimo de 6 consultas à gestante (a primeira no 1º trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação), sendo 12 consultas no caso de gestantes que já tiveram filhos; recomendar ao menos uma consulta com a equipe de saúde bucal, de preferência no 2º trimestre; incentivar a participação do parceiro no pré-natal, parto e com o recém-nascido; orientar sobre doenças que podem surgir durante a gravidez e no

puerpério como pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, entre outros; Orientar sobre o plano de parto e as consultas do puerpério e do recém-nascido.

Vale destacar, que o objetivo dos atendimentos primários, além de promoção da saúde e cuidados materno-infantil, é a realização da prática de forma humanizada, em rede de custo-efetiva, garantindo o padrão de acesso e qualidade.

REFERÊNCIAS

ANDREUCCI, C.B. CECATI, S. G. **Desempenho de Indicadores de Processo do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática.** Cad Saúde Pública [on line], v.27, n.6, p. 1053-1064. 2011.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <www.bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em 01 de novembro de 2021.

DIAS, RICARDO AUBIN. **A Importância do Pré-Natal na Atenção Básica.** 2014. Disponível em: <www.nescon.medicina.ufmg.br>. Acesso em 01 de novembro de 2021.

LENZ, MARIA LÚCIA MEDEIROS. CORREA, FELIPE ANSELMÍ. **Diagnóstico de Gestação, Anamnese e Orientações.** P. 06-10. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção Básica – Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. 2012. Disponível em: <www.se.corens.portalcofen.gov.br>. Acesso em 02 de novembro de 2021.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. **Relatório Anual de Gestão de 2020.** Disponível em: <www.saude.rj.gov.br>. Acesso em 02 de novembro de 2021.

CAPÍTULO 10

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA SAÚDE PÚBLICA: UMA ANÁLISE CIENTÍFICA, E BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Arthur Victor de Faria Rodrigues, Medicina – UNIG.
Beatriz Gonçalves Bertani, Medicina – UNIG.
Daniel Dib Fagundes Facó Hauaji, Medicina – UNIG.
Gabrielly Siliprande Cardoso Rodrigues, Medicina – UNIG.
Júlia D’Avila Barreira Pereira, Medicina – UNIG.
Pedro Hugo Fernandes Tinoco, Medicina – UNIG.
Saulo Machado Moreira Sousa, Medicina – UNIG.

RESUMO

As Práticas Integrativas e Complementares (PICS) são tratamentos que utilizam recursos terapêuticos baseados em conhecimentos tradicionais, voltados para a prevenção e tratamento de diversas doenças nas mais diversas especialidades médicas. Em alguns casos, também podem ser usadas como tratamentos paliativos em algumas doenças crônicas. Os atendimentos iniciam na Atenção Básica, que é a principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente, o SUS oferece 29 procedimentos de Práticas Integrativas e Complementares (PICS) à população de forma integral e gratuita. Evidências científicas têm mostrado os benefícios do tratamento integrado entre medicina convencional e práticas integrativas e complementares. Além disso, há crescente número de profissionais capacitados e habilitados e maior valorização dos conhecimentos tradicionais de onde se originam grande parte dessas práticas.

PALAVRAS-CHAVE: saúde pública. Práticas integrativas. Evidencias.

ABSTRACT

Diverse and Alternative Treatments (PICS) as diverse therapeutic resources that are used in traditional equipment and special equipment for traditional equipment and special equipment. In some cases, they can also be used as chronic palliative treatments in some diseases. The services start in Primary Care, which is the main gateway to the Unified Health System (SUS). Currently, the SUS offers 29 procedures for Integrative and Complementary Practices (PICS) to the population, free of charge. Scientific evidence has shown the benefits of integrated treatment between conventional medicine and integrative and complementary practices. In addition, there is a growing number of professionals with origin and qualifications and greater appreciation of where most of these practices are loved.

KEYWORDS: public health. Integrative practices. evidence.

Introdução

No Brasil, o debate sobre as PICS começou no final de década de 70, e a partir de então, à medida que os debates se aprofundavam acerca das dificuldades impostas à efetiva implementação desse novo modelo de produzir saúde, o Departamento de Atenção Básica

elaborava um documento para institucionalizar as experiências com essas práticas na rede pública e induzir políticas, programas e legislação nas três instâncias de governo. Assim, sob um olhar atento e consensual e respaldado pelas diretrizes da OMS, o Ministério da Saúde aprova, então, através da Portaria GM/MS no 971, de 3 de maio de 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC) (DA SAÚDE, 2019; GLASS; LIMA; NASCIMENTO, 2021; NATIVIDADE *et al.*, 2021; MARQUES; PEREIRA NETO, 2010).

Disputas político-epistemológicas se tornam um grande entrave muitas das vezes. O Conselho Federal (CFM) de Medicina e a Sociedade Brasileira de Física vão contra a posição da OMS e Ministério da Saúde, mesmo com o CFM adotando a prática da homeopatia. A manutenção da hegemonia biomédica, instaurada de forma socio cultural através dos tempos vem sendo rompida. A Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde defendem as PICS, argumentando a necessidade de apoio na área da saúde de um país subdesenvolvido, evidenciando a fitoterapia, o que não prejudica a indústria ou economia, e tendo em vista comprovações e estudos acerca dos benefícios da maioria das práticas, além da vasta gama de aplicações. Os posicionamentos positivos também respeitam as diretrizes do SUS, como cuidado integral, devendo ser adotadas suas práticas. Sendo o SUS um patrimônio público, todos os recursos e serviços ofertados visam um bem à população, sem discriminação ou interesse particular, e a manutenção da cultura (DA SAÚDE, 2019; FERREIRA *et al.*, 2021; GLASS; LIMA; NASCIMENTO, 2021; NATIVIDADE *et al.*, 2021; MARQUES; PEREIRA NETO, 2010).

Atualmente, o país é referência mundial na área de Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica. As PICS estão presentes em quase 54% dos municípios brasileiros, distribuídos pelos 27 estados e Distrito Federal e todas as capitais brasileiras. Atualmente, existem 9.350 estabelecimentos de saúde no país ofertando 56% dos atendimentos individuais e coletivos em Práticas Integrativas e Complementares nos municípios brasileiros, compondo 8.239 estabelecimentos na Atenção Básica que ofertam PICS, distribuídos em 3.173 municípios. A distribuição dos serviços de PICS é feita através do nível de complexidade, onde a Atenção Básica ocupa 78%, a Média 18%, e a Alta 4%. Além disso, são realizados 2 milhões de atendimentos das PICS nas UBS, e mais de 1 milhão de atendimentos específicos da Medicina Tradicional Chinesa, incluindo acupuntura (DA SAÚDE, 2019; GLASS; LIMA; NASCIMENTO, 2021; NATIVIDADE *et al.*, 2021; MARQUES; PEREIRA NETO, 2010).

As práticas e algumas introduções.

As PICS constituem um grupo de terapias e produtos que não fazem parte dos tratamentos médicos tradicionais. Elas são nomeadas complementares quando usadas em paralelo com a medicina convencional, alternativas quando usadas no lugar da prática biomédica ou quando substituem uma determinada técnica do campo da medicina convencional, e integrativas quando baseadas em avaliações científicas de eficácia e segurança. Em 2017, o Ministério da Saúde publicou a Portaria n. 849/2017, de 27 de março, a qual incluiu outros tipos de PICS nos serviços de saúde pública, ampliando cada vez mais o acesso para a população à arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga (DA SAÚDE, 2019; FERREIRA *et al.*, 2021; GLASS; LIMA; NASCIMENTO, 2021; NATIVIDADE *et al.*, 2021; MARQUES; PEREIRA NETO, 2010; WERNER *et al.*, 2021).

Agora são 29 práticas integrativas e complementares à população

5 práticas em 2006	14 incluídas em 2017	10 incluídas em 2018
Acupuntura Homeopatia Fitoterapia Antroposofia Termalismo	Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa Yoga	Apiterapia Aromaterapia Bioenergética Constelação familiar Cromoterapia Geoterapia Hipnoterapia Imposição de mãos Ozonioterapia Terapia de Florais

Apiterapia

É uma prática terapêutica utilizada desde a antiguidade, conforme mencionado por Hipócrates, em alguns textos, e em textos chineses e egípcios que consiste em usar produtos derivados de abelhas como apitoxinas, mel, pólen, geleia real, própolis para promoção da saúde e fins terapêuticos. Vários estudos comprovam que a apiterapia é eficaz no tratamento de doenças de pele, das articulações, gripes e resfriados, do sistema imunológico, entre outros. Uma parte da apiterapia pouco explorada, e que vem ganhando cada vez mais espaço e chamando mais atenção, é com o uso da apitoxina presente no veneno das abelhas (DA SILVA

NASCIMENTO; DA SILVA; BONACHELA, 2021; FERREIRA *et al.*, 2021; MARQUES; NATIVIDADE *et al.*, 2021; PEREIRA NETO, 2010; WERNER *et al.*, 2021).

Desde que a cultura de abelhas foi instalada no Brasil, a contribuição para a economia advinda da polinização de plantações, produtos derivados das abelhas, e até mesmo hoje, na agricultura familiar, se tornou uma prática indispensável. Os tratamentos que envolvem a apitoxina e seus alto potenciais antiinflamatório, antitumoral, cicatrizante, neuro protetor e analgésico, com eficiência biológica comprovada, são utilizadas com foco atual predominante em doenças reumáticas, como artrite, e também autoimunes e neurológicas, como esclerose múltipla (DA SILVA NASCIMENTO; DA SILVA; BONACHELA, 2021; FERREIRA *et al.*, 2021; MARQUES; NATIVIDADE *et al.*, 2021; PEREIRA NETO, 2010; WERNER *et al.*, 2021).

Naturopatia

Dentro da naturopatia se destacam duas áreas: A fitoterapia e a terapia ortomolecular. Os recursos fitoterápicos utilizam as plantas e seus compostos e/ou derivados, para todas as áreas da saúde e áreas médicas. O conhecimento pode ser sociocultural, ou empregado com saber científico. A química das plantas, muitas das vezes, possuem ligação direta com a precursão de substâncias, como neurotransmissores, e receptores do Sistema Nervoso Central, e inúmeras atividades nos demais sistemas. (FERREIRA *et al.*, 2021; GARCÍA; SOLÍS, 2021; MARQUES; NATIVIDADE *et al.*, 2021; PEREIRA NETO, 2010; WERNER *et al.*, 2021).

A terapia ortomolecular se baseia no equilíbrio molecular em nosso corpo, contra os processos e agentes que causam doenças, envelhecimento e morte. Poluição e contaminação, agentes bioquímicos endógenos e exógenos, substâncias tóxicas e produtos químicos, álcool, fumo, radiação, solos e águas empobrecidas, método de produção e processamento de alimentos, organismos geneticamente modificados, tudo isto causa o desbalanço nas cascatas bioquímicas do corpo, interferindo na saúde e bom desempenho do mesmo (DA SILVA, 2021; ESPINEL, 2021; FERREIRA *et al.*, 2021; MARQUES; NATIVIDADE *et al.*, 2021; PEREIRA NETO, 2010; WERNER *et al.*, 2021).

Alimentação e dietas ortomoleculares podem ser baseadas no PH, tipo sanguíneo e outros fatores. A necessidade da suplementação de micro e macronutrientes, oligoelementos, suplementação de vitaminas e minerais, agentes antioxidantes, protetores, reguladores, nutrição a nível molecular baseada na bioquímica corporal e suas necessidades naturais mesmo (DA

SILVA, 2021; ESPINEL, 2021; FERREIRA et al., 2021; MARQUES; PEREIRA NETO, 2010; NATIVIDADE *et al.*, 2021; WERNER et al., 2021).

Psicomotricidade e estimulação neurossensorial

A arteterapia, biodança, bioenergética e musicoterapia são práticas expressivas artístico corporais, que atua como elemento terapêutico na análise do consciente e do inconsciente e busca interligar os universos interno e externo do indivíduo, por meio da sua simbologia, favorecendo a saúde física e mental. Utiliza instrumentos como pintura, colagem, modelagem, poesia, dança, fotografia, tecelagem, expressão corporal, teatro, sons, músicas ou criação de personagens, usando a arte como uma forma de comunicação entre profissional e paciente, em processo terapêutico individual ou de grupo, numa produção artística a favor da saúde. A ligação entre as artes e a neuroplasticidade, hoje são incontestáveis e comprovadas. Através do fenômeno catártico, existe o processamento de emoções e sentimentos, assim como causas e eventos ligados as mesmas. mesmo (CALVERT, 2014; DE FARIA RODRIGUES; TEIXEIRA, 2019; FERREIRA et al., 2021; MARQUES; PEREIRA NETO, 2010; NATIVIDADE *et al.*, 2021; WERNER et al., 2021).

A expressão emocional pelas artes se apresenta com a ativação dos neurônios espelhos associados, estimulando os padrões efetores emocionais das emoções básicas. Para cada emoção foi observado um padrão de ações, de neurolinguística, linguagem não-verbal, expressões e microexpressões faciais, padrões respiratórios, cardiovasculares, hormonais, de neurotransmissores e quaisquer outros padrões ligados entre a emoção, expressão emocional física e neuropsicológica, fisiologia e neurofisiologia. Ao reproduzir estes padrões, é tido um efeito cascata entre eles, levando à ativação genuína e processamento de emoções e sentimentos. Essa prática promove uma musculatura afetiva, promovida pela neuroplasticidade, onde as áreas neurológicas ligadas às emoções trabalhadas sofrem um modelamento favorável à gestão emocional. A liberação e ressignificação de emoções reprimidas e negativas, em expressão de emoções positivas e desenvolvimento de inteligência emocional, desenvolvimento da motricidade, percepção e gestão sensorial, memória procedural e faculdades cognitivas (atenção, consciência, imaginação, etc.) (CALVERT, 2014; DE FARIA RODRIGUES; TEIXEIRA, 2019; FERREIRA et al., 2021; MARQUES; PEREIRA NETO, 2010; NATIVIDADE *et al.*, 2021; WERNER et al., 2021).

Filosofia físico espiritual

A medicina antroposófica integra as teorias e práticas da medicina moderna com conceitos específicos antroposóficos, os quais avaliam o ser humano a partir da trimembração, quadrimembração e biografia, oferecendo cuidados e recursos terapêuticos específicos. A trimembração trata de cuidar do ser em 3 partes constituintes: Cabeça, abdome e membros, e tórax. A primeira trataria, em domínio, do neurossensorial, a segunda dos processos metabólicos, e a terceira do sistema rítmico do corpo. Já na quadrimembração é composta pelo corpo físico, “etérico” ou vital, corpo astral (corpo anímico da alma), e organização do eu (espírito). Cada um destes 4 elementos, permeiam pelas mais diversas partes que compõe o ser por inteiro, trabalhando a integralidade do indivíduo e desenvolvendo equilíbrio e domínio sobre as instâncias descritas (DA SILVA CARVALHO, 2020; FERREIRA et al., 2021; MARQUES; PEREIRA NETO, 2010; NATIVIDADE *et al.*, 2021; TSÉ, 2021; WERNER et al., 2021).

Atua de maneira integrativa e utiliza diversos recursos terapêuticos para a recuperação ou manutenção da saúde, conciliando medicamentos e terapias convencionais com outros específicos de sua abordagem, como aplicações externas, banhos terapêuticos, terapias físicas, arteterapia, aconselhamento biográfico, quirofonética. Fundamenta-se em um entendimento espiritual-científico do ser humano que considera bem-estar e doença como eventos ligados ao corpo, mente e espírito do indivíduo, realizando abordagem holística ("salutogenesis") com foco em fatores que sustentam a saúde por meio de reforço da fisiologia do paciente e da individualidade, ao invés de apenas tratar os fatores que causam a doença (DA SILVA CARVALHO, 2020; FERREIRA et al., 2021; MARQUES; PEREIRA NETO, 2010; NATIVIDADE *et al.*, 2021; TSÉ, 2021; WERNER et al., 2021).

Medicina Oriental

A Medicina Tradicional Chinesa, chamada academicamente de Medicina Clássica Chinesa, valoriza a saúde sob uma visão muito particular, além de ter o paciente de uma forma holística, também visa a medicina preventiva, educação e promoção da saúde. Os conhecimentos são científicos e culturais, advindos da semiótica e contexto das comunidades e sociedades, do saber de sua população. O cuidado autônomo é possuidor desta característica, além de ser o cuidado para si mesmo, executado por intenção e controlado, avaliado e guiado, no qual está diretamente ligado com seu universo. O autocuidado adota conhecimentos e práticas que potencializam a capacidade pessoal de suprir as necessidades da própria saúde. Já

o cuidado heterônomo são as ações realizadas por um profissional ou especialista, curador, que através de seus conhecimentos, adota ações de cuidado ou cura para aquele que buscou ajuda (BIREME; OMS; OPAS, 2021; CONTATORI; TESSER; BARROS, 2021; FERREIRA et al., 2021; MARQUES; PEREIRA NETO, 2010; MEDEIROS, 2020; MURO *et al.*, 2021; NATIVIDADE *et al.*, 2021; PAIVA *et al.*, 2021; PIVETTA *et al.*, 2016; WERNER et al., 2021).

A reflexoterapia utiliza estímulos em áreas reflexas, os microssistemas e pontos reflexos do corpo existentes nos pés, mãos e orelhas, para auxiliar na eliminação de toxinas, na sedação da dor, relaxamento, foco, integrando o psicossomático e a somatopsíquica. Ela parte do princípio que o corpo se encontra atravessado por meridianos que o dividem em diferentes regiões, as quais têm o seu reflexo, principalmente nos pés ou nas mãos, e permitem, quando massageados, a reativação da homeostase e do equilíbrio nas regiões com algum tipo de bloqueio. Também recebe as denominações de reflexologia ou terapia reflexa por trabalhar com os microssistemas, áreas específicas do corpo (pés, mãos, orelhas) que se conectam energeticamente e representam o organismo em sua totalidade (BIREME; OMS; OPAS, 2021; CONTATORI; TESSER; BARROS, 2021; FERREIRA et al., 2021; MARQUES; PEREIRA NETO, 2010; MEDEIROS, 2020; MURO *et al.*, 2021; NATIVIDADE *et al.*, 2021; PAIVA *et al.*, 2021; PIVETTA *et al.*, 2016; WERNER et al., 2021).

Os meridianos indicam pontos nervosos responsáveis por diversas funcionalidades do corpo, chamados também de pontos de pressão, conectados à anatomia e fisiologia do corpo, ligados à órgãos, vísceras e sistemas. Estes pontos serão estimulados através da reflexologia, acupuntura ou eletro acupuntura (utilizando agulhas), auriculoterapia, que é destinada ao pavilhão auricular utilizando tanto agulhas, como grãos de mostarda ou sílica, em sua grande maioria. A digitoterapia, como o próprio nome diz, é aplicada com os dedos posicionados sobre os pontos de acupressão. Todas estas técnicas são pertencentes à Medicina Tradicional Chinesa e tem seus benefícios comprovados, baseados em evidências, e estudos em meta-análise, nos mais diversos desfechos (BIREME; OMS; OPAS, 2021; CONTATORI; TESSER; BARROS, 2021; FERREIRA et al., 2021; MARQUES; PEREIRA NETO, 2010; MEDEIROS, 2020; MURO *et al.*, 2021; NATIVIDADE *et al.*, 2021; PAIVA *et al.*, 2021; PIVETTA *et al.*, 2016; WERNER et al., 2021).

Neurolinguística e comunicação interpessoal

Por último, mas não menos importante, a hipnose clínica. Hipnoterapia é o nome dado à prática terapêutica em que se utiliza como ferramenta o transe hipnótico, estado de foco/consciência alterado natural do corpo humano. Este estado pode ser reproduzido clinicamente para promover mudanças psicofísicas, neuroplasticidade e homeostase. Aplicado no campo clínico, desde traumas, fobias, depressão, transtornos ansiosos e outras patologias, lesões e transtornos neuropsicológicos e neuropsiquiátricos, podendo se estender até o campo cirúrgico utilizando analgesia e anestesia hipnótica (CALVERT, 2014; DE FARIA RODRIGUES; TEIXEIRA, 2019; FERREIRA et al., 2021; KITTLE; SPIEGEL, 2021; MARQUES; PEREIRA NETO, 2010; NATIVIDADE *et al.*, 2021; WERNER et al., 2021).

Tudo isto é possível, porque a neurofisiologia ligada à neuroanatomia, e a fisiologia do corpo estão alterados, mudando o funcionamento de áreas do SNC, num estado parassimpático aprofundado por reação vagal e técnicas de indução. Neurotransmissores, redes neurais, sistema nervoso periférico, e canais neurossensoriais regulados em uníssono para promover mudanças a nível psicossomático e somatopsíquico. Através de determinados estímulos, os canais sensoriais promovem a neuromodulação, referente à mudança no padrão do sincronismo eletrofisiológico obtida (CALVERT, 2014; DE FARIA RODRIGUES; TEIXEIRA, 2019; FERREIRA et al., 2021; KITTLE; SPIEGEL, 2021; MARQUES; PEREIRA NETO, 2010; NATIVIDADE *et al.*, 2021; WERNER et al., 2021).

Considerações finais

As PICS são um grande ganho dentro da saúde pública, visto o déficit nos sistemas de saúde de um país em desenvolvimento. São práticas que humanizam profissionais e pacientes, promovendo diversos benefícios à saúde, em vários níveis de complexidade, e diferentes fins. Todas podem ser associadas, fornecendo uma sinergia terapêutica e maior ativação dos canais neurossensoriais. A ativação destes canais, com um determinado padrão e programação terapêutica, além da repetição, irão afetar diferentes partes do SNC e de toda fisiologia, criando uma memória sináptica que atuará em conjunto com o objetivo e a neuroplasticidade. Numa pesquisa feita na Antártida, determinadas áreas do cérebro dos participantes sofreram atrofia, após permanecerem 14 meses no local, afetando a amígdala, hipocampo, córtex orbifrontal esquerdo e córtex pré-frontal dorsolateral direito. Isto porque o ambiente não é estimulante, comprometendo diversas funções executivas, da memória, emocionais, comportamentais e neurológicas. A integração do ser, em todas suas partes, física, mental e espiritual, promove um

cuidado completo e personalizado (BUENO I TORRENS, 2021; CALVERT, 2014; DE FARIA RODRIGUES; TEIXEIRA, 2019; FERREIRA et al., 2021; KITTLE; SPIEGEL, 2021; MARQUES; PEREIRA NETO, 2010; NATIVIDADE *et al.*, 2021; WERNER et al., 2021).

REFERÊNCIAS

BUENO I TORRENS, David. Educación en tiempos de COVID-19: ¿Cómo afecta el estrés al aprendizaje?. **Journal of Neuroeducation**, 2021, vol. 2, num. 3, p. 9-14, 2021.

CALVERT, Dorys Faria. Teatro e Neurociência: o despertar de um novo diálogo entre arte e ciência. **Revista Brasileira de Estudos da presença**, v. 4, p. 223-248, 2014.

CONTATORE, Octávio Augusto; TESSER, Charles Dalcanale; BARROS, Nelson Filice de. Autocuidado autorreferido: contribuições da Medicina Clássica Chinesa para a Atenção Primária à Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. e200461, 2021.

DA SAÚDE, Ministério. **Práticas Integrativas e Complementares (PICS): quais são e para que servem**. Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/praticas-integrativas-e-complementares> . Acesso em: 17, Novembro, 2021.

DA SILVA CARVALHO, Pablo Ramon et al. Medicina antroposófica bases epistemológicas e filosóficas: Um estudo bibliométrico. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 3, p. 6616-6631, 2020.

DA SILVA NASCIMENTO, Ana Juvelina; DA SILVA, Fabiana Gonçalves Maia; BONACHELA, Fabio Silveira. A apiterapia e o veneno da abelha. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 9, p. 92142-92150, 2021.

DE FARIA RODRIGUES, Arthur Victor; TEIXEIRA, Fabio Luiz Fully. Hipnose clínica e neuroplasticidade na ressignificação da psicossomática. **Principais transtornos psíquicos na contemporaneidade**, v. 2, p. 106, 2019.

ESPINEL, Samy Tello. **Cómo mejorar tu salud**. Papyrus Ediciones, 2021.

FERREIRA, Poliana Martins et al. **Uso das práticas integrativas e complementares pela enfermagem em pessoas com câncer: revisão integrativa**. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 1841-1858, 2021.

GARCÍA, Encarna Castillo; SOLÍS, Isabel Martínez (Ed.). **Manual de fitoterapia**. Elsevier Health Sciences, 2021.

GLASS, Leticia; LIMA, Nathan Willig; NASCIMENTO, Matheus Monteiro. **Práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde do Brasil: disputas político-epistemológicas**. **Saúde e Sociedade**, v. 30, p. e200260, 2021.

KITTLE, Jessie; SPIEGEL, David. Hypnosis: The Most Effective Treatment You Have Yet to Prescribe. **The American Journal of Medicine**, v. 134, n. 3, p. 304-305, 2021.

MARQUES, Adriana Maria Parreiras; PEREIRA NETO, Manoel Rodrigues. Das medicinas tradicionais às práticas integrativas de saúde: caracterização dos recursos humanos nas práticas alternativas de saúde adotadas no Distrito Federal. **In: Das medicinas tradicionais às práticas**

integrativas de saúde: caracterização dos recursos humanos nas práticas alternativas de saúde adotadas no Distrito Federal. 2010. p. 184-184.

MEDEIROS, Graciela Mendonça da Silva de. **Reflexoterapia podal e auriculoterapia na redução da dor lombar aguda inespecífica de docentes e discentes de uma instituição de ensino do sul do Brasil: ensaio clínico randomizado.** 2020.

OMS, BIREME OPAS. **Mapa de Evidências sobre Acupuntura e Auriculoterapia.** 2021.

PAIVA, Lucca Pazini Meneghel et al. O uso da acupuntura na Atenção Primária no Brasil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, p. e528101321363-e528101321363, 2021.

PIVETTA, Adrieli et al. Medicina Tradicional Chinesa e técnicas de acupressão como possibilidade de cuidado em saúde. **Revista Brasileira de Iniciação Científica**, v. 3, n. 6, 2016.

TSÉ, Linda. **Fundamentos em Antroposofia e Dicas para a Saúde e Memória.** Editora Appris, 2021.

WERNER, Marina et al. A EFICÁCIA DAS TERAPIAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES DISPONIBILIZADAS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO ALÍVIO DA DOR ONCOLÓGICA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. **Seminário de Iniciação Científica e Seminário Integrado de Ensino, Pesquisa e Extensão**, p. e28409-e28409, 2021.

www.editorapublicar.com.br
contato@editorapublicar.com.br
@epublicar
facebook.com.br/epublicar

VANESSA DO AMARAL TINOCO
LUCAS CAPITA QUARTO
DAVYSON GERHARDT DE SOUZA
LEO RIBEIRO CHIARELLI
ORGANIZADORES

ESTUDOS CONTEMPORÂNEOS SOBRE

SAÚDE DA FAMÍLIA



2022

www.editorapublicar.com.br
contato@editorapublicar.com.br
@epublicar
facebook.com.br/epublicar

VANESSA DO AMARAL TINOCO
LUCAS CAPITA QUARTO
DAVYSON GERHARDT DE SOUZA
LEO RIBEIRO CHIARELLI
ORGANIZADORES

ESTUDOS CONTEMPORÂNEOS SOBRE

SAÚDE DA FAMÍLIA



2022