

## CIÊNCIAS DA SAÚDE

## AUTOMEDICAÇÃO NA GRAVIDEZ: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Ciências da Saúde

Artigo de Revisão

**Fabiana Blasius<sup>1</sup>; Ana Paula Bazo<sup>1</sup>; Tamirys Schulz Westphal<sup>1</sup>; Cláudio Sérgio da Costa<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>. Centro Universitário Barriga Verde – Unibave

**Resumo:** O uso de medicamentos na gestação deve ser feito com muita precaução, uma vez que muitos deles podem atravessar a barreira placentária, acarretando toxicidade ao feto. Partindo dessa informação, o objetivo geral do estudo foi identificar o panorama da automedicação entre gestantes no Brasil. Os objetivos específicos foram relatar os índices de automedicação em gestantes; verificar se a automedicação tem maior incidência em algum período específico da gravidez; apontar as classes de medicamentos utilizados, na forma de automedicação; detectar os fatores associados à automedicação. A fim de atingir os objetivos, foi realizada uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, do tipo revisão narrativa. Os dados foram coletados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) – Brasil, utilizando-se para a busca o termo: “Automedicação e Gravidez”. Os critérios de inclusão foram: artigos científicos de livre acesso; idioma português, e não ser artigo de revisão. Analisando-se os dados dos artigos selecionados, constatou-se que o índice de automedicação variou de 9,2% a 64,9%, com maior incidência no primeiro trimestre da gestação. As classes de medicamentos mais utilizadas por automedicação, foram anti-inflamatórios, seguidos dos antiácidos e antieméticos. Os principais fatores associados à automedicação são dificuldade de acesso aos serviços de saúde e falta de conhecimento sobre os riscos do uso de medicamentos na gestação. Pode-se concluir que esse estudo de revisão foi importante para o conhecimento do panorama da automedicação no país, o que poderá contribuir com o planejamento de intervenções educativas voltadas às gestantes sobre o uso racional de medicamentos.

**Palavras-chave:** Gestação. Medicamentos. Automedicação.

### SELF-MEDICATION IN PREGNANCY: A LITERATURE REVIEW

**Abstract:** The use of medications during pregnancy should be done with great caution, since many of them can cross the placental barrier, causing toxicity to the fetus. Based on this information, the general objective of the study was to identify the panorama of self-medication among pregnant women in Brazil. The specific objectives were to report self-medication rates in pregnant women; check if self-medication is more prevalent at a specific period of pregnancy; point out the classes of drugs used, in the form of self-medication; detect factors associated with self-

medication. To achieve the objectives, a descriptive, qualitative research, of the narrative review type, was carried out. Data were collected at the BVS - Brazil, using the term “Self-medication and Pregnancy” for the search. Inclusion criteria were open access scientific articles; Portuguese language, and not be a review article. Analyzing the data of the selected articles, was found that the self-medication index ranged from 9.2% to 64.9%, with a higher incidence in the first trimester of pregnancy. The classes of drugs most used by self-medication were anti-inflammatory, followed by antacids and antiemetics. The main factors associated with self-medication are difficulty in accessing health services and lack of knowledge about the risks of using drugs during pregnancy. It can be concluded that this review study was important for understanding the panorama of self-medication in the country, which may contribute to the planning of educational interventions aimed at pregnant women on the rational use of medicines.

**Keywords:** Gestation. Medicines. Self-medication.

## Introdução

A preocupação com o uso de medicamentos pelas gestantes se deu, principalmente, após a tragédia da talidomida, por volta da década de 60. A partir de então, as pesquisas de novos medicamentos, também têm como foco testar a segurança destes sobre o desenvolvimento fetal humano (RIBEIRO *et al.*, 2013).

Quando se utiliza um fármaco durante o período da gestação, deve-se avaliar sempre o fator risco--benefício para mãe e feto. O medicamento de escolha deve ser aquele que não possui efeito teratogênico ou qualquer alteração funcional. Com o objetivo de orientar e auxiliar o prescritor na escolha terapêutica mais adequada para a gestante, desde 1975 a agência americana FDA (Food and Drug Administration) adota a classificação de medicamentos conforme o risco associado ao seu uso durante a gravidez, que são classificados em 5 categorias (A, B, C, D e X), crescentemente, de acordo com o grau de riscos à gestação, tomando por base, predominantemente, o primeiro trimestre de gravidez (RIBEIRO *et al.*, 2013, p.63).

Nesse contexto, o farmacêutico tem um papel relevante no aconselhamento às gestantes com relação à utilização ou não de um medicamento isento de prescrição ou ainda na detecção de medicamentos prescritos de alto risco teratogênico. “Assim, o farmacêutico enquanto profissional promovedor da saúde tem a responsabilidade de acompanhar a gestante evitando o uso irracional de medicamentos” (SILVA; MARQUES, 2019, p.97).

Partindo das informações acima apontadas, foi proposto o seguinte problema de pesquisa: Qual o panorama da automedicação entre gestantes no Brasil? Para

que o problema de pesquisa fosse solucionado, a pesquisa teve como objetivo geral identificar o panorama da automedicação entre gestantes no Brasil, por meio de uma revisão da literatura.

Para alcançar o objetivo geral, foram delineados os seguintes objetivos específicos: relatar os índices de automedicação em gestantes; verificar se a automedicação se dá em maior incidência em algum período específico da gravidez; apontar as classes de medicamentos utilizados pelas gestantes, na forma de automedicação; e detectar os fatores associados à automedicação entre gestantes.

### **Gravidez – aspectos gerais**

A gravidez, que dura aproximadamente 40 semanas, iniciando-se com a concepção e finalizando com o parto é um período em que ocorrem muitas mudanças na vida da mulher, nas dimensões biológicas, psicológicas, sócio culturais e econômicas (FONTOURA, 2009).

São extensas as alterações que o organismo feminino sofre para acomodar o feto durante o período gestacional. Os órgãos pélvicos são a sede das primeiras alterações. Útero e mamas sofrem aumento no tamanho e aporte circulatório. O sistema endócrino sofre e proporciona verdadeira revolução no organismo feminino, dados principalmente pela ação da progesterona, estrógeno e relaxina. O coração sofre grande aumento na sua carga de trabalho, com aumento na frequência e débito cardíaco. O sistema respiratório sofre importantes alterações anatômicas, além de aumento no volume/minuto. Ocorre aumento no fluxo sanguíneo renal e alterações gastrintestinais que incluem aumento no apetite e sede. Alterações musculoesqueléticas remanejam o cálcio materno para feto e a embebição gravídica favorece alterações posturais (BURTI *et al.*, 2006, p.375).

As diversas alterações fisiológicas interferem também nas necessidades nutricionais, principalmente com relação à ingestão de alguns nutrientes como o ácido fólico, vitamina C, e alguns minerais como ferro, zinco, cobre e magnésio (COUTINHO *et al.*, 2014).

No contexto de todas essas alterações que acontecem na mulher nesse período, associadas ao desenvolvimento do embrião/feto, é muito importante que as futuras mães tenham hábitos saudáveis, evitando o uso e/ou exposição a substâncias nocivas como tabaco, álcool e ambientes poluídos (COUTINHO *et al.*, 2014).

## Agentes teratogênicos

Agente teratogênico é qualquer agente químico, físico ou biológico que quando presente no período embrionário e ou fetal é capaz de levar a alterações na estrutura ou função da descendência (UFBA, 2020). São alguns exemplos de agentes teratogênicos:

Medicamentos (talidomida, misoprostol, ácido retinóico, entre outros)  
Doenças Maternas (diabetes, epilepsia, hipotireoidismo, entre outras)  
Infecções Congênitas (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, entre outras)  
Radiações (radioterapia)  
Substâncias Químicas (mercúrio, chumbo, por exemplo)  
Outras Drogas (álcool, fumo, cocaína e outras) (UFBA, 2020, p.1).

Os agentes teratogênicos podem provocar as seguintes consequências: morte do concepto, malformações, retardo do crescimento intrauterino e alterações funcionais e/ou comportamentais. Essas consequências dependem de fatores como estágio do desenvolvimento do concepto, relação dose/efeito, genótipo materno-fetal e mecanismo patogênico de cada um dos agentes teratogênicos (SCHÜLER-FACCINI *et al.*, 2002).

Como já apontado, dentre os agentes teratogênicos, estão alguns medicamentos, sendo importante destacar que esta preocupação com os efeitos dos medicamentos na gestação teve início apenas na década de 1960, com a tragédia da talidomida. A partir de então, estudos clínicos são desenvolvidos para avaliar a segurança dos medicamentos utilizados durante a gestação (OSORIO-DE-CASTRO; PAUMGARTTEN; SILVA, 2004).

Um fármaco pode ser classificado como teratogênico quando produz, direta ou indiretamente, uma alteração na morfologia ou fisiologia normais do feto ou da criança após o nascimento. Essas alterações, principalmente má formação congênita, possuem maior chance de ocorrer quando o uso do medicamento se dá no primeiro trimestre da gestação. Nos outros períodos os problemas mais frequentes são relativos ao desenvolvimento e crescimento fetais (BALDON *et al.*, 2006, p. 38).

## Medicamentos e gestação

Como qualquer outra pessoa, a gestante pode apresentar algum problema de saúde durante a gravidez e/ou possuir algum tipo de doença crônica em que se faz

necessário o uso de medicamentos. Nesses casos, os profissionais de saúde precisam levar em consideração diversos fatores para promover uma prescrição correta, dentre esses: relação risco/benefício, experiência prévia com o fármaco e suas propriedades, dose recomendada, via e horário de administração, tempo de ação e níveis séricos (RIBEIRO *et al.*, 2013).

A fim de auxiliar o prescritor na escolha terapêutica mais adequada e segura para gestante, a Agência Americana *Food and Drug Administration* (FDA) adota a classificação do medicamento em 5 (cinco) categorias (A, B, C, D e X) conforme o risco associado ao seu uso no período gestacional (Quadro 1) (ANVISA, 2010). No quadro 2 são apresentadas as classes farmacológicas dos medicamentos e suas respectivas indicações de uso na gravidez e lactação.

**Quadro 1** - Classificação do medicamento conforme o risco associado ao seu uso no período gestacional.

<b>Categorias</b>	<b>Descrição do risco</b>
Categoria A	em estudos controlados em mulheres grávidas, o fármaco não demonstrou risco para o feto no primeiro trimestre de gravidez. Não há evidências de risco nos trimestres posteriores, sendo remota a possibilidade de dano fetal.
Categoria B	os estudos em animais não demonstraram risco fetal, mas também não há estudos controlados em mulheres grávidas; ou então, os estudos em animais revelaram riscos, mas que não foram confirmados em estudos controlados em mulheres grávidas.
Categoria C	não foram realizados estudos em animais e nem em mulheres grávidas; ou então, os estudos em animais revelaram risco, mas não existem estudos disponíveis realizados em mulheres grávidas.
Categoria D	o fármaco demonstrou evidências positivas de risco fetal humano, no entanto, os benefícios potenciais para a mulher podem, eventualmente, justificar o risco, como, por exemplo, em casos de doenças graves ou que ameaçam a vida, e para as quais não existem outras drogas mais seguras.
Categoria X	em estudos em animais e mulheres grávidas, o fármaco provocou anomalias fetais, havendo clara evidência de risco para o feto que é maior do que qualquer benefício possível para a paciente

Fonte: ANVISA, 2010.

**Quadro 2** - Classes farmacológicas de alguns medicamentos e suas respectivas indicações de uso na gravidez e lactação.

<b>Classe farmacológica</b>	<b>Medicamentos</b>	<b>Classificação de acordo com a FDA e indicação</b>
Antibióticos	Azitromicina, Eritromicina, Clindamicina	Categoria de risco B, sendo utilizados somente com orientação médica
Anti-inflamatórios	Ácido Acetilsalicílico, Nimesulida	Categoria de risco C, não se recomenda o uso desses medicamentos na gestação e amamentação.
Anti-hipertensivos	Captopril, Metildopa, Nifedipino, Atenolol	Apresentaram categoria C e D, com grau de toxicidade elevado, não podendo descartar a possibilidade de danos para o feto.
Antianêmicos	Ácido Fólico	Categoria A, recomendado seu uso durante a gravidez.
Antieméticos	Ondansetrona; Bromoprida; Metoclopramida	Categoria B de risco para o feto.
Anticoagulantes	Warfarina	Categoria X, ocasionando má formações em crianças.
Antipsicóticos	Haloperidol	Categoria C, nenhum aumento significativo nas anormalidades fetais foi associado com o uso.
Diuréticos	Hidroclorotiazida, Furosemida, Espironolactona	Categorias B, C e D respectivamente, com riscos e danos que podem superar os benefícios, como a inibição do parto ou da lactação;
Corticoides	Prednisona	Categoria B, podendo atravessar a barreira placentária e também passar para o leite materno;
Antifúngico	Cetoconazol;	Atravessa a placenta e pode provocar problemas fetais durante o primeiro trimestre da gravidez. Recomenda-se não o prescrever durante a gravidez e a lactação.
Antiparasitários	Mebendazol;	Categoria C. Possíveis riscos associados à prescrição de Mebendazol durante a gravidez devem ser pesados contra os benefícios terapêuticos esperados.
Antiácidos	Hidróxido de alumínio	Categoria de risco na gravidez: C. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica.
Retinóicos	Isotretinoína;	Categoria D, causando a teratogenia, e geração de defeitos permanentes no feto;
Antidepressivos	Amitriptilina	Categoria C, os possíveis benefícios devem ser confrontados contra os eventuais riscos para a mãe e a criança

Fonte: Adaptado de FDA: Food And Drug Administration, 2010 *apud* Ribeiro *et al.*, 2013.

## Automedicação e automedicação na gestação

A automedicação é uma prática que pode ser definida pela seleção e uso de medicamentos (incluindo produtos fitoterápicos e tradicionais) para tratar sintomas e/ou doenças autorreferidas sem o aconselhamento de um profissional de saúde qualificado para determinada função. Esta prática é uma forma de autocuidado à saúde, que quando praticada corretamente, pode contribuir para desonerar os sistemas de saúde pública. No entanto, o uso por conta própria de medicamentos de tarja vermelha ou preta na embalagem, e que só devem ser utilizados sob prescrição médica, é extremamente perigoso e inaceitável segundo a OMS (WHO, 2019).

A prática da automedicação apresenta vários riscos, pois pode levar ao mascaramento de diagnósticos, interação medicamentosa, alergias, intoxicações, até a morte (FREITAS, MELO, 2018). Pereira *et al.* (2020, p.4) apresentam que “de acordo com dados da Organização Mundial de Saúde, 29% dos óbitos ocorridos no Brasil são provocados por intoxicação medicamentosa”.

Pode-se citar como fatores associados à prática de automedicação, as dificuldades de acesso, e baixa qualidade do atendimento nos serviços de saúde, seja no setor público ou privado, a veiculação de propagandas de medicamentos isentos de prescrição na mídia, a presença da farmácia caseira nos domicílios e a crença de que os medicamentos resolvem tudo (NAVES *et al.*, 2010).

Estudo desenvolvido por Arrais *et al.* (2016) detectou que no Brasil a prevalência de automedicação é de 16,1%, sendo maior entre as mulheres e na faixa etária entre 20 e 39 anos.

O Instituto de Ciência, Tecnologia e Qualidade (ICTQ), em pesquisa realizada no ano de 2018, aponta que 79% das pessoas com mais de 16 anos admitem tomar medicamentos sem prescrição médica ou farmacêutica. Os principais prescritores leigos e informais no Brasil são: família (68%), balconistas de farmácia (48%), amigos (41%), vizinhos (27%) e artistas de televisão (16%). Os sintomas que lideram o uso de medicamentos por conta própria são: dor de cabeça, febre e resfriado e os medicamentos mais consumidos são analgésicos (48%), anti-inflamatórios (31%) e relaxante muscular (26%) (ICTQ, 2018).

Especialmente durante a gestação, a automedicação oferece riscos ainda maiores, uma vez que irá atingir com dois organismos simultaneamente. A resposta embrionária e ou fetal à medicação difere do efeito observado na mãe, podendo

provocar toxicidade fetal com lesões variadas e algumas até irreversíveis (SCHÜLER-FACCINI *et al.*, 2002).

Nesse contexto, é importante enfatizar que:

É notável a inclusão do farmacêutico no processo de automedicação responsável. Normalmente, o modelo que conduz à automedicação inicia-se com a percepção do problema de saúde pelo usuário, onde se apresentam duas opções: a) não tratar; b) tratar com remédio caseiro ou automedicação com medicamentos. Na maioria das vezes, o usuário procura uma farmácia. Ela é uma instituição de saúde, de acesso fácil e gratuito, onde o usuário, muitas vezes, procura, em primeiro lugar, o conselho amigo, desinteressado, mas seguro, do farmacêutico. Torna-se imprescindível para o farmacêutico ter a noção exata de sua competência e dos limites de sua intervenção no processo saúde-doença, para que assuma a atitude correta, no momento oportuno, avaliando a situação do doente, conduzindo-o, se necessário, a uma consulta médica ou ao hospital, em caso de urgência (ZUBIOLI, 2000 *apud* SOUSA; SILVA NETO, 2008, p.69).

No que se refere à automedicação entre gestantes, o profissional farmacêutico em farmácias comunitárias tem uma função importante de aconselhamento, o que pode ser crucial na utilização ou não de um medicamento isento de prescrição ou ainda na detecção de medicamentos prescritos de alto risco teratogênico (BALDON *et al.*, 2006).

### **Procedimentos Metodológicos**

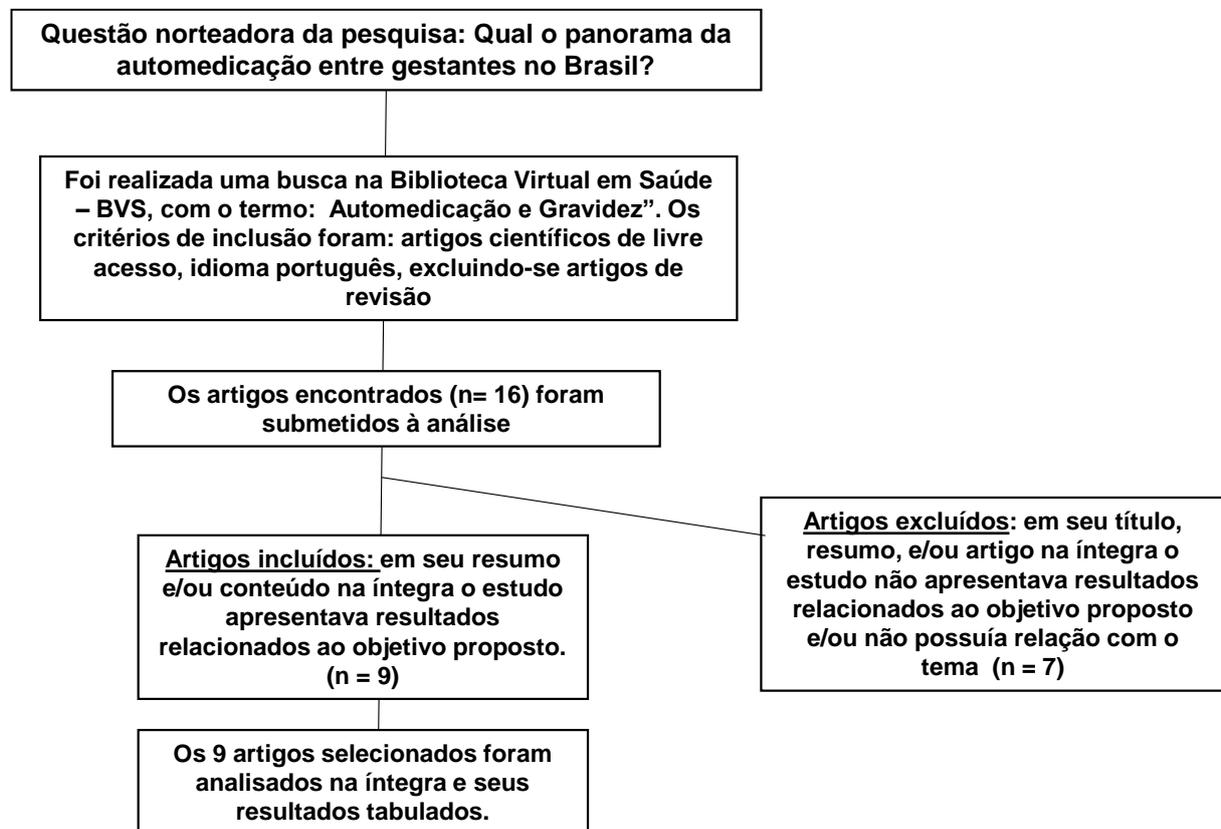
A fim de atender os objetivos do estudo foi realizada uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, do tipo revisão narrativa. “Os artigos de revisão narrativa são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto [...]” (ROTHER, 2007, p.v) “[...] Constituem, basicamente, de análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor” (ROTHER, 2007, p.v).

Os dados foram coletados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) – Brasil. A BVS Brasil tem por objetivo convergir as redes temáticas brasileiras da BVS e integrar suas redes de fontes de informação em saúde, fortalecendo-as e dando visibilidade às mesmas por meio do Portal da BVS Brasil. As fontes de informação da BVS Brasil são oriundas das BVS Temáticas Nacionais, obedecendo a seus

controles de qualidade e metodologias (BVS, 2020). Para busca foi utilizado o seguinte termo: “Automedicação e Gravidez”. Os critérios de inclusão foram: artigos científicos de livre acesso; idioma português, já os critérios de exclusão foram aqueles que não se enquadram nos critérios de inclusão e artigos e revisão.

Como esquematizado na Figura 1, a busca realizada na BVS resultou em 16 artigos científicos. Após a leitura do título, resumo e/ou artigo completo, 7 foram descartados, pois não atenderam aos objetivos do estudo e/ou aos critérios de inclusão. Sendo assim, 9 artigos foram selecionados.

**Figura 1** - Descrição geral sobre o processo de busca e seleção dos artigos científicos na BVS



Fonte: Autoras, 2020.

## Resultados e Discussão

Os 9 artigos selecionados estão listados no quadro 2 que apresenta o título, citação, objetivos e principais resultados de cada um deles. Em sequência ao quadro 2, apresenta-se a discussão dos estudos analisados.

**Quadro 2 – Relação dos artigos científicos selecionados, seus objetivos e principais resultados**

Título do Artigo	Citação	Objetivo do artigo	Resultados principais relacionados à automedicação
Itinerários terapêuticos de mulheres com morbidade materna grave	ANDRADE; VIEIRA, 2018	Identificar os itinerários terapêuticos de mulheres acometidas por morbidade materna grave, residentes no interior do Estado de São Paulo	Os resultados mostram que as mulheres, ao iniciarem o processo de adoecimento, seguem trajetórias diversas, buscando serviços da baixa e alta complexidade, procurando também por vizinha, farmácia e uso de automedicação Alguns pontos críticos foram verificados no estudo em relação à assistência obstétrica, a exemplo da peregrinação por diversos serviços de saúde no momento da complicação, demora do encaminhamento do serviço de atendimento inicial para o hospital de referência, ausência de acolhimento às demandas das mulheres e violência institucional.
Automedicação em Gestantes de Alto Risco: Foco em Atenção Farmacêutica	SANTOS <i>et al.</i> 2018	Averiguar a utilização de medicamentos pela automedicação em gestantes atendidas em um serviço de referência ao pré-natal de alto risco no interior do Estado do Ceará, verificando as doenças de alto risco, identificando os medicamentos e suas respectivas classes farmacológicas mais usadas, além de classificar conforme <i>Food and Drug Administration - FDA</i> em categorias de risco para o uso de medicamentos na gravidez	A utilização de medicamentos, por 80 gestantes, durante a gravidez pela prática da automedicação foi relatada por 27 delas (33,75%), e 3 (11,1%) delas afirmaram se sentir mal ao tomarem os medicamentos: Dipirona, Ibuprofeno e Dimenidrinato. Do total de 33 medicamentos usados pela automedicação 94% eram em forma de comprimidos, utilizados para queixas como cefaleia, êmese e náuseas, sendo que a indicação se deu por conta própria. A automedicação foi reportada pelas entrevistadas de forma elevada, sendo mais presente a classe dos anti-inflamatórios não esteroidais, o que gera preocupação para a saúde materna e fetal. Sugere-se orientação farmacêutica a gestantes de alto risco com o intuito de minimizar efeitos teratogênicos e proporcionar melhoria em sua qualidade de vida.
Utilização de medicamentos e plantas medicinais por gestantes atendidas na unidade de saúde da mulher em Alegre, ES, Brasil	ZAMPIROLI <i>et al.</i> , 2017	Identificar a utilização de medicamentos e plantas medicinais junto às gestantes atendidas em uma Unidade de Saúde da Mulher, em um município do Espírito Santo	Das 115 gestantes entrevistadas, 80% afirmaram utilizar pelo menos um medicamento durante o período gestacional e dentre essas, 21% praticavam a automedicação. Os medicamentos mais utilizados foram antianêmicos e analgésicos não opioides. De acordo com a classificação de risco do FDA, 13,2% das gestantes utilizavam medicamentos que podem causar efeitos adversos. Em relação aos medicamentos utilizados sem prescrição, os mais frequentes foram das classes B e C, como o paracetamol e dipirona, escopolamina e diclofenaco, respectivamente. Foi possível notar que a automedicação faz parte do cotidiano das gestantes no município do estudo, evidenciando a necessidade da orientação farmacêutica.

<b>Título do Artigo</b>	<b>Citação</b>	<b>Objetivo do artigo</b>	<b>Resultados principais relacionados à automedicação</b>
Uso de medicamentos no primeiro trimestre de gravidez: avaliação da segurança dos medicamentos e uso de ácido fólico e sulfato ferroso	LUNARDI-MAIA; SCHUELTER-TREVISOL; GALATO, 2014	Identificar o perfil de uso de medicamentos no primeiro trimestre de gravidez com ênfase na avaliação da segurança e na adoção do ácido fólico e do sulfato ferroso por gestantes em uma Unidade Básica de Saúde da região Sul do Brasil.	Das 212 gestantes participantes da pesquisa, 46,7% estavam em uso de medicamentos no momento do diagnóstico da gravidez e 97,6% utilizaram medicamentos no primeiro trimestre gestacional. O percentual mais elevado de automedicação ocorreu antes do início do pré-natal (64,9%), após esse início, apenas 9,2% fizeram uso da automedicação. Observou-se maior exposição a medicamentos de risco D e X, segundo a classificação do FDA, antes do início do pré-natal (23,0%). No total, 67,9% das gestantes tiveram exposição inadequada aos medicamentos.
Utilização de medicamentos por gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde no município de Santa Rosa (RS, Brasil)	BRUM <i>et al.</i> , 2011	Descrever a utilização de medicamentos por gestantes em pré-natal em três Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil.	A prevalência do uso de medicamentos entre as 100 gestantes estudadas foi de 90%, correspondendo a uma média de uso de 4,1 medicamentos por gestante, dos quais 83,6% foram prescritos e 16,4% foram utilizados por automedicação. Do total de medicamentos, 17,5% estão incluídos na categoria C de risco ao feto. O uso de medicamentos é frequente, e a maioria das gestantes utilizou um ou mais fármacos prescritos ou não prescritos. Esses dados sugerem a necessidade de medidas de intervenção para promover o uso racional de medicamentos durante a gestação.
Consumo de medicamentos, álcool e fumo na gestação e avaliação dos riscos teratogênicos	ROCHA <i>et al.</i> , 2013	Avaliar o uso de medicamentos, álcool e fumo na gestação e o potencial teratogênico relacionado a diferentes características populacionais.	Entre as 326 puérperas pesquisadas em um hospital de Fortaleza - CE, o consumo de medicamentos ocorreu em 96,6% (2,8 medicamentos/gestante), e 11,3% automedicaram-se. Foram observados 11 casos de malformação fetal, sendo cinco expostos a elevado risco teratogênico, na gestação. A automedicação foi pouco reportada pelas puérperas, com frequência bem abaixo do esperado, sendo a automedicação mais presente na classe dos anti-inflamatórios, especialmente no primeiro trimestre gestacional. Como, muitas vezes, os medicamentos adquiridos sem prescrição médica não são considerados verdadeiros medicamentos pelas pacientes, mesmo se utilizados para tratar uma queixa física, é possível que o número de medicamentos utilizados por automedicação esteja subestimado, sendo considerada uma limitação da pesquisa.
Utilização de medicamentos durante a gravidez na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil	GUERRA <i>et al.</i> , 2008	Estudar o uso de medicamentos por gestantes atendidas durante o pré-natal em unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil	Entre as 610 gestantes pesquisadas, 86,6% relatou o uso de pelo menos um fármaco na gravidez. As classes mais utilizadas foram os antianêmicos (35,6% dos medicamentos), analgésicos (24,9%), drogas para distúrbios gastrointestinais (9,1%) e vitaminas (7%). De acordo com a classificação do FDA, dos medicamentos empregados 42,7% pertencem a categoria A de risco; 27,1% à categoria B, 29,3% à categoria C; 0,3 à categoria D e nenhum à categoria X. Foram usados, no primeiro trimestre da gestação, 43,6% dos fármacos. Observou-se maior uso de

Título do Artigo	Citação	Objetivo do artigo	Resultados principais relacionados à automedicação
			<p>medicamentos quanto maior a escolaridade e a renda familiar da mulher. A automedicação ocorreu em 12,2% dos medicamentos; esse índice foi maior no primeiro trimestre de gravidez e em gestantes de baixa escolaridade e multigestas. É importante destacar o uso não prescrito do ácido acetilsalicílico por 18 gestantes, das 20 que o usaram, e da dipirona, por 64 das 157 que a usaram.</p>
<p>Prevalência do uso de medicamentos na gravidez: uma abordagem farmacoepidemiológica</p>	<p>FONSECA; FONSECA; BERGSTEN- MENDES, 2002</p>	<p>Descrever a utilização de medicamentos na gravidez entre mulheres que deram à luz na maternidade de um hospital-escola em Campinas, São Paulo, Brasil.</p>	<p>A prevalência do uso de pelo menos um medicamento na gravidez, entre 970 gestantes pesquisadas, foi de 94,6%, totalizando 3.778 itens, dos quais 88,8% foram prescritos por médico. Relataram uso de 423 medicamentos (11,2%) por automedicação 312 pacientes (31,2%), principalmente de analgésicos (37,6%) e de antiácidos (33,8%). Cabe a todos os profissionais de saúde informar as mulheres em idade fértil sobre o risco da utilização de medicamentos na gravidez, chamando atenção para o perigo potencial da automedicação. No presente estudo, apenas 27,7% das mulheres haviam sido alertadas sobre o cuidado que se deve ter ao utilizar medicamentos durante a gravidez.</p>
<p>Prevalência do uso de medicamentos na gravidez e relações com as características maternas</p>	<p>GOMES <i>et al.</i>, 1999</p>	<p>Verificar a prevalência do uso de medicamentos durante a gravidez e sua relação com as características maternas, os grupos farmacológicos usados e fonte de indicação, em puérperas de cinco instituições hospitalares da cidade de São Paulo</p>	<p>A prevalência do uso medicamento entre as 1.620 puérperas foi de 97,6%, com média de 4,2 medicamentos por mulher. A prevalência do uso de medicamentos por indicação médica e por automedicação foi de 94,9% e 33,5%, respectivamente. As medicações mais usadas, excluindo-se as vitaminas, sais minerais e vacinas, foram os analgésicos, antiácidos, antieméticos e antiespasmódicos. Em todos os hospitais, a maioria das mulheres (66,5%) negou a automedicação. Embora tenha ocorrido em todas as subpopulações, as maiores prevalências de uso de um a quatro destes medicamentos pertencem às clientela dos hospitais filantrópicos (42,6%).</p>

Fonte: Autoras, 2020.

### ***Índices de automedicação entre gestantes e período gestacional***

Estudo desenvolvido por Santos *et al.* (2018), em um serviço de referência ao pré-natal de alto risco no interior do estado do Ceará verificou que a utilização de medicamentos durante a gravidez pela prática da automedicação foi relatada por 33,75% gestantes. Índice parecido foi observado por Gomes *et al.* (1999) em trabalho realizado em unidades hospitalares da cidade de São Paulo, em que a prevalência do uso de medicamentos por automedicação foi de 33,5%.

Das 115 gestantes entrevistadas em uma Unidade de Saúde de um município do Espírito Santo, 80% afirmaram utilizar pelo menos um medicamento durante o período gestacional e dentre essas, 21% praticavam a automedicação (ZAMPIROLI *et al.*, 2017).

Das 212 gestantes participantes da pesquisa em Unidade de Saúde da Região Sul do Brasil, o maior percentual de automedicação entre as gestantes que utilizaram algum tipo de medicamento foi de 64,9%, antes do início do pré-natal, após esse início, apenas 9,2% relataram automedicação (LUNARDI-MAIA; SCHUELTER-TREVISOL; GALATO, 2014).

Pesquisa também desenvolvida no sul do Brasil por Brum *et al.* (2011), em Unidades Básicas de Saúde no município de Santa Rosa – RS, verificou que entre as 100 gestantes estudadas, 90% utilizaram algum tipo de medicamento, dos quais 16,4% por automedicação.

Estudo conduzido por Rocha *et al.* (2013) em um hospital de Fortaleza – CE, constatou que 11,3% de 326 puérperas automedicaram-se, especialmente no primeiro trimestre gestacional. Também na região Nordeste, Fonseca, Fonseca e Bergsten-Mendes (2002) encontraram índice semelhante (11,2%) de automedicação entre gestantes de um hospital em Campinas – SP. Guerra *et al.* (2008) observaram que entre as gestantes de UBS em Natal – RN, a automedicação ocorreu em 12,2% dos medicamentos e esse índice foi maior no primeiro trimestre de gravidez.

### ***Classes de medicamentos utilizados pelas gestantes na forma de automedicação***

Em um grupo de gestantes atendidas em um serviço de referência ao pré-natal de alto risco no interior do estado do Ceará, os principais medicamentos

utilizados como automedicação foram: Paracetamol, Ibuprofeno, Dipirona, Dimenidrinato e Bromoprida. De acordo com a classificação terapêutica dos medicamentos estão anti-inflamatórios (85%) e antieméticos (15%) (SANTOS *et al.*, 2018). O mesmo foi observado por Rocha *et al.* (2013) em estudo, também realizado no Ceará. Dentre as 626 gestantes de um hospital de Fortaleza, a classe medicamentosa mais utilizada foi a de anti-inflamatórios.

Dado semelhante aos anteriores foi constatado por Zampirolli e colaboradores (2017) em uma cidade do interior do Espírito Santo. Os fármacos utilizados sem prescrição, entre gestantes de uma Unidade de Saúde da Mulher, pertenciam às classes B e C, como o paracetamol e dipirona, escopolamina e diclofenaco, respectivamente (ZAMPIROLI *et al.*, 2017).

Resultados também parecidos foram verificados por Fonseca, Fonseca e Bergsten-Mendes (2002). Os medicamentos mais utilizados na forma de automedicação, por gestantes de Campinas–SP, foram principalmente os analgésicos (37,6%) e antiácidos (33,8%).

Com relação aos anti-inflamatórios, Guerra e colaboradores ressaltam o uso, sem prescrição, do ácido acetilsalicílico (AAS) por 18 gestantes e da dipirona por 64 delas. Como nos estudos já citados anteriormente, o paracetamol foi outro fármaco bastante utilizado por automedicação. Importante enfatizar que o ácido acetilsalicílico se encaixa na categoria de risco C, sua atividade antiplaquetária apresenta risco potencial, já foram publicados relatos de doenças hemorrágicas em neonatos cujas mães fizeram uso de AAS durante a gestação. Recomenda-se, portanto, que, para fins de analgesia, o ácido acetilsalicílico seja substituído por paracetamol, pertencente à categoria B, com menor risco tanto para a mãe como para o feto (RIBEIRO *et al.*, 2013).

Lunardi-Maia, Schuelter-Trevisol e Galato (2014) observaram maior exposição a medicamentos por automedicação, antes do início do pré-natal, sendo os mais utilizados os anticoncepcionais orais, como levonorgestrel associado ao etinilestradiol, o paracetamol e a butilescopolamina. Pesquisa realizada em Campinas-SP também aponta o uso de contraceptivos hormonais entre gestantes quando descobriram a gravidez (FONSECA; FONSECA; BERGSTEN-MENDES, 2002).

Entre os grupos farmacológicos mais utilizados por gestantes de três Unidades Básicas de Saúde do município de Santa Rosa - RS, encontram-se antianêmicos (46,3%), analgésicos não opioides (17,6%), anti-infecciosos (14,2%), os antiácidos (6,2) e antiespasmódicos (5,6%). Sendo que 46,6% pertencem à categoria A, 35,9% à categoria B e 17,5% à categoria C de risco ao feto conforme a classificação do FDA. No entanto, nesse estudo não houve discriminação dos tipos de medicamentos com relação ao uso com ou sem prescrição, sendo assim não é possível inferir quais desses foram consumidos por automedicação (BRUM *et al.*, 2011). Da mesma forma, Gomes e colaboradores (1999) apontam que foram os analgésicos, antiácidos, antieméticos e antiespasmódicos, as classes de medicamentos mais consumidas entre gestantes de hospitais de São Paulo, porém também não fazem a separação entre os fármacos prescritos e não prescritos.

### ***Fatores associados ao uso da automedicação entre gestantes***

Mulheres grávidas, acometidas por morbidade materna grave, residentes no interior do Estado de São Paulo, seguem trajetórias diversas, buscando serviços de baixa e alta complexidade, procurando também por vizinha, farmácia e uso de automedicação. Nesse caso, os autores do estudo apontam alguns pontos críticos em relação à assistência obstétrica, a exemplo da peregrinação por diversos serviços de saúde no momento da complicação, demora do encaminhamento do serviço de atendimento inicial para o hospital de referência, ausência de acolhimento às demandas das mulheres e violência institucional, fatores esses que podem estar associados à automedicação (ANDRADE; VIEIRA, 2018).

Guerra *et al.* (2008) detectaram que a automedicação foi maior entre gestantes de baixa escolaridade e multigestas. Fonseca, Fonseca e Bergsten-Mendes (2002) observaram que apenas 27,7% das mulheres haviam sido alertadas sobre o cuidado que se deve ter ao utilizar medicamentos durante a gravidez. Com estes dados, um outro fator associado à automedicação entre gestantes é a falta de conhecimento.

## Considerações Finais

A análise dos estudos selecionados mostrou que o índice de automedicação entre gestantes variou de 9,2% a 64,9%. No entanto, na maioria das pesquisas consultadas, os dados foram obtidos pelo relato das próprias gestantes, o que pode ser um viés, pois elas podem ter passado dados inexatos, seja por vergonha de admitir essa prática ou até porque muitas vezes os medicamentos adquiridos sem prescrição médica não são considerados verdadeiros medicamentos pelas pacientes. Nesse sentido, esses dados podem estar subestimados.

Quanto ao período gestacional com maior frequência de automedicação, o que predominou foi o primeiro trimestre, uma vez que muitas mulheres nesse período não sabem que estão grávidas, não se preocupando com os medicamentos que utilizam.

Ao listar as classes de medicamentos, verificamos que as mais utilizadas pelas gestantes por automedicação, foram os anti-inflamatórios, seguidos dos antiácidos e antieméticos. Embora grande parte dos anti-inflamatórios utilizados, como o paracetamol, pertença à classe B de risco teratogênico, sendo mais seguro, outros como o ácido acetilsalicílico são da classe C e devem ser evitados, pois podem apresentar riscos para a mãe e o feto.

Ao se estudar os fatores associados à automedicação entre as gestantes, os trabalhos apontam principalmente, a dificuldade de acesso e atendimento nos serviços médicos, especialmente no caso de gestantes de alto risco que precisam de serviços especializados, e a falta de conhecimento dos riscos do uso de medicamentos durante a gestação.

Pode-se concluir que esse estudo de revisão foi importante para o conhecimento do panorama da automedicação no país, o que poderá contribuir com o planejamento de intervenções educativas voltadas às gestantes. Destaca-se também, nesse contexto, o profissional farmacêutico, que deve exercer relevante papel no momento da dispensação do medicamento, orientando quanto ao uso racional dos medicamentos.

## Referências

AGÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Consulta Pública nº 116, de 23 de dezembro de 2010**. Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33836/350888/116.pdf/b9adb5e9-362b-4e65-832e-1338bfe12e92?vers>. Acesso em: 10 jun. 2020.

ANDRADE, Magna Santos; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Itinerários terapêuticos de mulheres com morbidade materna grave. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, e00091917, 2018. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000705001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000705001&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 14 out. 2020.

ARRAIS, P.S.D. Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados. **Rev Saúde Pública**, v.50, supl 2, p.13s, 2016. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102016000300311&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000300311&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 maio 2020.

BALDON, J. P. *et al.* Conhecimento e atitudes de farmacêuticos comunitários na dispensação de medicamentos para gestantes. **Pharmacy Practice**, v.4, n.1, p.37-42, 2006. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/pdf/pharmacy/v4n1/pt\\_original7.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/pharmacy/v4n1/pt_original7.pdf). Acesso em 15 jun. 2020.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE (BVS) – Brasil. **O Portal**. 2020. Disponível em: <http://brasil.bvs.br/vhl/sobre-a-bvs/o-portal-da-bvs-brasil/>. Acesso em 10 maio 2020.

BRUM, L. F.C. *et al.* Utilização de medicamentos por gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde no município de Santa Rosa (RS, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2435-2442, maio 2011. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000500012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500012&lng=en&nrm=iso). Acesso em 12 jul. 2020.

BURTI, J. S. *et al.* Adaptações fisiológicas do período gestacional. **Fisioterapia Brasil**, v.7, n.5, p.375-380, set./out. 2006. Disponível em:

<https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/viewFile/1935/3078> Acesso em: 10 jun. 2020.

COUTINHO, E. de C. *et al.* Gravidez e parto: O que muda no estilo de vida das mulheres que se tornam mães? **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48, n. esp. 2, p.17-24, 2014. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/pt\\_0080-6234-reeusp-48-nspe2-00017.pdf](https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/pt_0080-6234-reeusp-48-nspe2-00017.pdf). Acesso em 2 jun. 2020.

FONSECA, M.R.C.C. da; FONSECA, E. da; BERGSTEN-MENDES, G. Prevalência do uso de medicamentos na gravidez: uma abordagem farmacoepidemiológica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 205-212, abr. 2002. Disponível em

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102002000200013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000200013&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 14 out. 2020.

FONTOURA, A. **Utilização de medicamentos por gestantes em atendimento pré-natal em uma maternidade do município de Ribeirão Preto – SP**. 112p. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas). Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto – SP. 2009. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/60/60137/tde-02102009-131223/publico/Mestrado.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2020.

FREITAS, A.N.; MELO, O.F. Análise da automedicação por clientes em uma farmácia comunitária. **Essentia**, Sobral, v. 19, n. 1, p. 31-39, 2018. Disponível em: <https://essentia.uvanet.br/index.php/ESSENTIA/article/view/137>. Acesso em: 15 maio 2020.

GOMES, Keila R O *et al.* Prevalência do uso de medicamentos na gravidez e relações com as características maternas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 246-254, jun. 1999. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101999000300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101999000300005&lng=en&nrm=iso). Acesso em 14 set. 2020.

GUERRA, G. C.B. *et al.* Utilização de medicamentos durante a gravidez na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 12-18, jan.2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032008000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032008000100003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 08 jul. 2020.

INSTITUTO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E QUALIDADE (ICTQ). **Pesquisa Automedicação no Brasil**. 2018. Disponível em: [https://www.ictq.com.br/pesquisa-do-ictq/871-pesquisa-automedicacao-no-brasil-2018#:~:text=No%20Brasil%2C%2079%25%20das%20pessoas,Tecnologia%20e%20Qualidade%20\(ICTQ\)](https://www.ictq.com.br/pesquisa-do-ictq/871-pesquisa-automedicacao-no-brasil-2018#:~:text=No%20Brasil%2C%2079%25%20das%20pessoas,Tecnologia%20e%20Qualidade%20(ICTQ)). Acesso em: 15 jun. 2020.

LUNARDI-MAIA, Tânia; SCHUELTER-TREVISOL, Fabiana; GALATO, Dayani. Uso de medicamentos no primeiro trimestre de gravidez: avaliação da segurança dos medicamentos e uso de ácido fólico e sulfato ferroso. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 12, p. 541-547, dez. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032014001200541&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014001200541&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 14 out. 2020.

NAVES, Janeth de Oliveira Silva *et al.* Automedicação: uma abordagem qualitativa de suas motivações. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1751-1762, jun. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000700087&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700087&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 09 jun. 2020.

OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S; PAUMGARTTEN, F. J. R.; SILVER, L.D. O uso de medicamentos na gravidez. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p. 987-996, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a19v9n4.pdf>. Acesso em 7 jul. 2020.

- PEREIRA, J. R. *et al.* **Riscos da automedicação**: tratando o problema com conhecimento. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/premio\\_medica/pdfs/trabalhos/mencoes/januar\\_mos\\_trabalho\\_completo.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/premio_medica/pdfs/trabalhos/mencoes/januar_mos_trabalho_completo.pdf). Acesso em: 15 jul. 2020.
- RIBEIRO, A. S. *et al.* Risco potencial do uso de medicamentos durante a gravidez e a lactação. **Infarma**, v.25, n.1, p.62 – 67, 2013. Disponível em: <http://revistas.cff.org.br/infarma/article/view/441>. Acesso em: 14 jul. 2020.
- ROCHA, Rebeca Silveira *et al.* Consumo de medicamentos, álcool e fumo na gestação e avaliação dos riscos teratogênicos. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 37-45, jun. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472013000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000200005&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 set. 2020.
- ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul. enferm**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, jun. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en&nrm=iso). Acesso em 15 maio 2020.
- SANTOS, S.L.F. dos *et al.* Automedicação em Gestantes de Alto Risco: Foco em Atenção Farmacêutica. **J Health Sci**, v.20, n.1, p.50-54, 2018. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/08/909295/5048.pdf>. Acesso em: 09 set. 2020.
- SCHÜLER-FACCINI, L. *et al.* Avaliação de teratogênicos na população brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.7, n.1, p.65-71, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v7n1/a06v07n1.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2020.
- SILVA, L. K. P.; MARQUES, A. M. F. Utilização de medicamentos por gestantes: uma revisão sistemática da literatura. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, v. 17, n. 62, p. 90-97, out./dez., 2019. Disponível em: [https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/view/6083](https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/6083). Acesso em: 30 jun. 2020.
- SOUSA, H. W. O.; SILVA, J. L.; SILVA NETO, M. A importância do profissional farmacêutico no combate à automedicação no Brasil. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v. 5, n. 1, p.25, ago. 2008. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/REF/article/view/4616>. Acesso em 12 jul. 2020.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) **Consolidated Guideline on Self-Care: Interventions for Health Sexual and Reproductive Health and Rights**. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550550>. Acesso em: 23 maio 2020.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA). Sistema de Informações sobre Agentes Teratogênicos – Bahia – UFBA. **Agentes teratogênicos**. 2020. Disponível em: <https://siat.ufba.br/agentes-teratog%C3%AAnicos>. Acesso em: 15 jun. 2020.

ZAMPIROLI, A.C.D. *et al.* Utilização de medicamentos e plantas medicinais por gestantes atendidas na unidade de saúde da mulher em Alegre, ES, Brasil. **Infarma Ciências Farmacêuticas**, v29, n.4, p349-356, 2017. Disponível em: [http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/948719/utilizacao-de-medicamentos-e-plantas-medicinais-por-gestantes-a\\_M2DCdIA.pdf](http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/948719/utilizacao-de-medicamentos-e-plantas-medicinais-por-gestantes-a_M2DCdIA.pdf). Acesso em 23 set. 2020.

**Dados para contato:**

**Autor:** Ana Paula Bazo

**E-mail:** apbazo@gmail.com

# DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO DO CÂNCER DE MAMA EM MULHERES ATENDIDAS NA REDE FEMININA DE COMBATE AO CÂNCER DE UMA CIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA

Ciências da Saúde

Artigo Original

**Larissa Schmoeller Acordi<sup>1</sup>; Ana Paula Bazo<sup>1</sup>; Bruno Thizon Menegali<sup>1</sup>; Paulo Rodrigo Fabro<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>. Centro Universitário Barriga Verde – Unibave

**Resumo:** A utilização da quimioterapia para o tratamento do câncer de mama apresenta uma evolução para a cura e controle da doença. Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo geral descrever as características do diagnóstico e tratamento quimioterápico em mulheres com câncer de mama atendidas na rede feminina de combate ao câncer e como objetivos específicos: verificar o perfil sociodemográfico das entrevistadas; apontar a forma de diagnóstico; caracterizar o tipo de tumor; descrever o tipo de tratamento quimioterápico utilizado; e, identificar o papel do profissional farmacêutico nesse processo. Para atender a esses objetivos foi desenvolvida uma pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista e por informações do prontuário clínico das participantes. A maioria das mulheres tinha entre 46 e 55 anos, era casada, possuía ensino fundamental incompleto e renda mensal de até 01 salário-mínimo. O diagnóstico de câncer de mama se deu por meio de biópsia, sendo o carcinoma ductal invasor de grau III o tumor de maior prevalência. A análise dos dados a respeito dos tratamentos, além da quimioterapia, mostra que todas as participantes do estudo realizaram cirurgia e grande parte também foi submetida à radioterapia. Dentre os efeitos colaterais decorrentes da quimioterapia, o mais citado foi a náusea. Observou-se, também que, embora o farmacêutico seja uma peça-chave no auxílio às pacientes no acompanhamento farmacoterapêutico e minimização dos efeitos colaterais, esse profissional ainda não possui representação expressiva dentro da equipe multidisciplinar que trata os pacientes oncológicos.

**Palavras-chave:** Câncer de mama. Diagnóstico. Quimioterapia.

## DIAGNOSIS AND CHEMOTHERAPY TREATMENT OF BREAST CANCER IN WOMEN SERVED AT THE WOMEN'S NETWORK TO COMBAT CANCER IN A SOUTHERN CITY OF SANTA CATARINA

**Abstract:** The use of chemotherapy for the treatment of breast cancer has evolved to cure and control the disease. In this context, the present study aims to describe the characteristics of chemotherapy diagnosis and treatment in women with breast cancer treated in the Female Network to combat cancer and as specific objectives: to verify the sociodemographic profile of the interviewees; point out the form of diagnosis; characterize the type of tumor; describe the type of chemotherapy used; and identify the role of the pharmaceutical professional in this process. To reach these objectives, descriptive research with a quantitative approach was developed. Data were collected through an interview and information from the participants' medical records. Most women were between 46 and 65 years old, were married, had incomplete elementary education and monthly income of up to 01 minimum wage. The diagnosis of breast cancer was made through biopsy, with invasive ductal carcinoma of grade III being the most prevalent tumor. Analysis of data regarding treatments, in addition to chemotherapy, shows that all study participants underwent surgery, and a large part was also submitted to radiotherapy. Among the side effects resulting from chemotherapy, the most cited was nausea. It was also observed that, although the pharmacist is a key player in helping patients in pharmacotherapeutic follow-up and minimizing side effects, this professional still does not have an expressive representation within the multidisciplinary team that treats cancer patients.

**Keywords:** Breast Cancer. Diagnosis. Chemotherapy.

### Introdução

Dentre os diversos tipos de neoplasias malignas, encontra-se o câncer de mama, um relevante problema de saúde pública. A mais recente estimativa mundial, no ano de 2018, aponta que ocorreram no mundo 18 milhões de casos novos de câncer, sendo 2,1 milhões de câncer de mama. Para o Brasil, a estimativa para cada ano do triênio 2020-2022 é que irão ocorrer 625 mil casos novos de câncer, sendo o mais incidente (177 mil), o câncer de pele não melanoma, seguido pelos cânceres de mama e próstata (66 mil cada). Nas mulheres, não considerando as neoplasias de pele não melanoma, o câncer de mama ocupa o primeiro lugar em incidência, com estimativa de 66.280 novos casos, o que representa, 29,7% de todos os tipos neoplasias (INCA, 2019a).

A detecção precoce do câncer de mama é uma forma de prevenção secundária e visa identificar a doença em estágios iniciais, o que pode levar ao melhor prognóstico. Embora os médicos apontem que a detecção precoce do câncer de mama não reduza sua incidência, pode reduzir a mortalidade pela doença. Nos últimos anos, a estratégia de diagnóstico precoce constitui-se de um tripé: população alerta para os sinais e sintomas; profissionais de saúde capacitados para avaliação dos casos suspeitos; e sistemas e serviços de saúde preparados para garantir o diagnóstico e tratamento adequados, quando necessário (INCA, 2015). “O tratamento do câncer de mama classifica-se como sistêmico, quando se utilizam quimioterapia, hormonioterapia e/ou terapia-alvo molecular e local; cirúrgico, radical ou conservador; e radioterápico “(INCA, 2019b, p.15).

O panorama atual do câncer de mama é um grande desafio imposto aos gestores, profissionais e trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), que devem trabalhar a integralidade do cuidado, inserindo de forma abrangente as propostas de intervenção de prevenção, proteção e recuperação da saúde das pessoas, tornando-se primordial, nesse contexto, a atuação interdisciplinar dos profissionais da saúde (ALBERTI *et al.*, 2018).

Nesse contexto do cuidado, diversos município do estado de Santa Catarina, desde 1961, contam com a Rede Feminina de Combate ao Câncer (RFECC), que prestam diversos serviços, tais como o encaminhamento à realização da mamografia e terapias complementares ao tratamento e qualidade de vida, principalmente às mulheres mastectomizadas (RFECC, 2018).

Dentre os profissionais da saúde envolvidos no diagnóstico e tratamento do câncer de mama, o farmacêutico ainda não possui um papel muito expressivo, porém vêm evoluindo. Este profissional, além de atuar na dispensação de medicamentos, vem também atuando na resolução dos problemas relacionados a medicamentos (PRM), objetivando melhorar a qualidade de vida do paciente, obter um tratamento seguro e encontrar algumas condutas para amenizar os efeitos colaterais devido ao tratamento com antineoplásicos (SILVA *et al.*, 2017).

Partindo das informações anteriormente dispostas, surgiu o seguinte problema de pesquisa: quais as características do diagnóstico e tratamento quimioterápico em mulheres com câncer de mama atendidas na rede feminina de

combate ao câncer, situada em uma cidade do sul de Santa Catarina? Para responder tal questão, o objetivo geral da pesquisa foi descrever as características do diagnóstico e tratamento quimioterápico em mulheres com câncer de mama atendidas na rede feminina de combate ao câncer situada em uma cidade do sul de Santa Catarina.

Os objetivos específicos foram: verificar o perfil sociodemográfico das mulheres entrevistadas; apontar a forma de diagnóstico; caracterizar o tipo de tumor diagnosticado; descrever o tipo de tratamento quimioterápico utilizado (duração do tratamento, periodicidade, efeitos colaterais); e, identificar o papel do profissional farmacêutico no processo de tratamento quimioterápico do câncer de mama.

### **Câncer de mama: prevenção, detecção precoce e diagnóstico**

As estratégias para controle do câncer de mama no Brasil estão voltadas a um conjunto de ações que visam reduzir a incidência, mortalidade e morbidade da doença. A prevenção do câncer de mama pode ser dividida em prevenção primária e secundária (INCA, 2015).

A prevenção primária consiste em medidas associadas ao estilo de vida, controle da obesidade, sedentarismo e ingestão alcoólica em excesso. No entanto, essas ações apresentam limitações, uma vez que o câncer de mama não possui uma causa definida. Outra forma de prevenção primária envolve a orientação para que as mulheres realizem a auto palpação das mamas. Porém, não existe um consenso para essa medida, já que não contribui efetivamente para a redução da mortalidade por câncer de mama (OHL *et al.*, 2016).

A prevenção secundária envolve o exame clínico das mamas realizado por um profissional de saúde (médicos ou enfermeiros) e o rastreamento realizado por meio da mamografia. “A OMS e o Ministério da Saúde recomendam a mamografia de rastreamento apenas para mulheres entre 50 e 69 anos, a cada dois anos” (INCA, 2018, p. 43).

Além da mamografia, existem outros exames diagnósticos, dentre eles a ultrassonografia que avalia a forma e a consistência das mamas e permite a diferenciação entre nódulos sólidos dos cistos. É utilizada no diagnóstico, no acompanhamento de lesões e para a realização de biópsias com agulhas. Outro

exame é a ressonância nuclear magnética, utilizada de forma complementar aos outros meios de diagnóstico. No caso de suspeita de uma lesão maligna, é necessária a confirmação do diagnóstico por meio da biópsia (INCA, 2018).

### **Câncer de mama: classificação histológica**

Dentre as neoplasias malignas da mama, mais de 95% delas são adenocarcinomas, que se originam a partir do ducto ou sistema lobular. O carcinoma invasivo (sinônimo de carcinoma 'infiltrativo') é aquele que infiltra a membrana basal e se desenvolve no estroma, sendo que as células neoplásicas têm potencial para invadir a vascularização e atingir linfonodos regionais e sítios distantes (LESTER, 2016).

A classificação quanto ao grau histológico “é baseada em quão a amostra de biópsia se parece com o tecido mamário normal e à rapidez com que as células cancerígenas se dividem. O grau pode prever o prognóstico de uma paciente” (INSTITUTO ONCOGUIA, 2020, p. 1):

- Grau 1 ou bem diferenciado: o crescimento celular é mais lento e o tecido tumoral se parece mais com o tecido normal da mama;
- Grau 2 ou moderadamente diferenciado: apresenta características intermediárias entre os graus 1 e 3;
- Grau 3 ou pouco diferenciado: as células apresentam diversas atipias em relação às células normais da mama e tendem a crescer e se disseminar de forma mais agressiva.

### **Câncer de mama: tratamento**

O tratamento do câncer de mama varia de acordo com o estadiamento da doença, suas características biológicas, bem como das condições da paciente, tais como idade, estado menopausal e comorbidade. As modalidades de tratamento do câncer de mama podem ser divididas em tratamento local: cirurgia e radioterapia (além de reconstrução mamária) e tratamento sistêmico: quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica (INCA, 2020b).

De acordo com a histologia e a disseminação do câncer, as cirurgias de segmentectomia com linfadenectomia axilar ou mastectomia são associadas aos

demais tratamentos, sendo eles a radioterapia, a quimioterapia e a hormonioterapia (CAMARGO, 2000). Essas três últimas abordagens terapêuticas citadas podem prevenir o aparecimento de metástases e são sugeridas conforme as características de cada paciente e tumor (FABRO *et al.*, 2016 *apud* CORREIA, 2017).

Em alguns casos é necessário iniciar com o tratamento quimioterápico neoadjuvante ou cito redutor, a fim de reduzir o tumor antes da intervenção cirúrgica. Também pode ser empregada quando o tumor se espalha em outros órgãos do corpo, denominado câncer de mama metastático, cujo tratamento pretende uma melhor qualidade de vida (CAMARGO, 2000).

O tratamento quimioterápico para o câncer de mama consiste no uso de drogas citotóxicas que devem ser administradas preferencialmente combinadas, a fim de atuar em fases diferentes da divisão celular, destruindo as células que apresentam uma disfunção no seu processo de crescimento ou divisão. Devido à sua falta de especificidade em relação às células que são alvo, as drogas antineoplásicas podem atingir células normais, principalmente, aquelas que se renovam constantemente, causando reações adversas (ANJOS; ZAGO, 2006 *apud* GONÇALVES *et al.*, 2009).

O tratamento quimioterápico, em sua maioria, é mais eficaz quando combina-se dois ou mais medicamentos e, os mais utilizados são os taxanos (paclitaxel e docetaxel) e as antraciclinas (doxorrubicina e epirrubicina) (INSTITUTO ONCOGUIA, 2014 *apud* OLIVEIRA, 2016).

Uma vez que a quimioterapia age também em células normais, esse tratamento provoca diversos efeitos colaterais à paciente, tais como fadiga muscular, dor, alterações emocionais, náuseas e vômitos, interferindo significativamente na sua qualidade de vida (FERREIRA; FRANCO, 2017). Nesse sentido, é muito importante uma “assistência interdisciplinar antes, durante e após o tratamento quimioterápico para que haja a minimização dos efeitos colaterais” (FERREIRA; FRANCO, 2017, p. 636).

### **Atenção farmacêutica no tratamento do câncer de mama**

O termo "atenção farmacêutica" foi determinado por Hepler e Strant como o fornecimento do tratamento com fármacos para adquirir uma resposta efetiva, a fim

de alcançar a melhora da qualidade de vida do paciente (HEPLER; STRAND, 1990 *apud* OPAS, 2002). O procedimento de atenção farmacêutica deve ser executado com os demais profissionais da saúde com o propósito de atingir os resultados esperados, reconhecer, prevenir e solucionar os problemas relacionados aos medicamentos e de distinguir as dificuldades quanto à aderência aos mesmos (BRUNE; FERREIRA; FERRARI, 2014 *apud* CORREIA, 2017).

A responsabilidade da manipulação de quimioterápicos ou citotóxicos é somente do profissional farmacêutico, conforme descrito na Resolução 288/96. Os Conselhos Regionais de Farmácia, a partir disso, iniciaram as fiscalizações nos hospitais, valorizando os farmacêuticos. Em 1998, o Ministério da Saúde definiu pela Portaria 3535/98 que todo trabalho relacionado ao câncer pelo SUS, é obrigado a ter o farmacêutico como responsável pela manipulação dos quimioterápicos (MATILDE, 2008).

O profissional farmacêutico deve aconselhar e acompanhar o tratamento oncológico, informando os efeitos colaterais, terapia preconizada e interações medicamentosas. Ele possui a função de assegurar a terapia medicamentosa conforme a indicação, promovendo o tratamento efetivo para o paciente (EDUARDO; DIAS; SANTOS, 2012). Os pacientes que realizam o tratamento oncológico necessitam do apoio do farmacêutico, a fim de minimizar os erros de medicações, garantindo um tratamento seguro e eficaz, obtendo uma melhora na qualidade de vida (LEÃO, 2012 *apud* SILVA *et al.* 2017).

### **Procedimentos metodológicos**

A fim de alcançar o propósito do estudo, foi desenvolvida uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa. Para a realização da fundamentação teórica e discussão dos dados coletados, utilizou-se a pesquisa bibliográfica.

Quanto aos procedimentos técnicos, o estudo classifica-se como uma pesquisa de levantamento e documental. Este último foi considerado devido a alguns dados serem coletados a partir do prontuário clínico das pacientes.

A pesquisa foi realizada na Rede Feminina de Combate ao Câncer de um município do sul de Santa Catarina. A unidade conta com um médico ginecologista, uma enfermeira, uma secretária, uma auxiliar de serviços gerais e quinze

voluntárias. O horário de funcionamento é das 07:30h às 11:00h e das 13:30h às 17:00h.

Para seleção da amostra foram utilizados os seguintes critérios: mulheres acima de 18 anos, com diagnóstico de câncer de mama, que frequentam a Rede Feminina de Combate ao Câncer, que estejam em tratamento quimioterápico ou que o já tenham finalizado e que concordassem em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Atenderam, a essas condições, 14 participantes.

A coleta dos dados se deu por meio de uma entrevista estruturada pelas autoras e análise do prontuário clínico da participante. Para auxiliar na coleta e registro dos dados foi utilizado um formulário com questões que responderam aos objetivos específicos do estudo. A entrevista aconteceu em uma sala reservada, na própria RFCC, em data e horários agendados com as participantes.

Todas as participantes da pesquisa obtiveram e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, abrangendo informações sobre os procedimentos da pesquisa e a utilização dos dados obtidos. Além disto, o presente estudo passou pela avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Barriga Verde (CAAE: 35640620.0.0000.5598; Número do parecer: 4.193.633). Os dados coletados foram tabulados em uma planilha eletrônica, utilizando o Microsoft Excel® e analisadas com base na estatística descritiva.

## **Resultados e discussão**

### ***Perfil das participantes do estudo***

Dos dados acerca do perfil das 14 mulheres entrevistadas, destaca-se que grande parte tem idade entre 46 e 55 anos (42,9%) e que a faixa etária de diagnóstico que predominou foi entre 36 e 45 anos. Pode-se verificar também que a maioria é casada (65%), com escolaridade em nível de ensino fundamental incompleto (57,1%), com renda mensal de até 01 salário-mínimo (65%) (tabela 1).

**Tabela 1 - Perfil das participantes do estudo.**

<b>Parâmetro</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
<b>Idade (anos)</b>		
<b>Idade atual</b>		
36 a 45	3	21,4
46 a 55	6	42,9
56 a 65	3	21,4
66 a 75	2	14,4
<b>Idade no momento do diagnóstico</b>		
36 a 45	8	57,1
46 a 55	4	28,6
56 a 65	2	14,3
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	1	7
Casado	9	65
Divorciado	2	14
Viúvo	2	14
<b>Renda</b>		
Sem renda mensal	1	7
Até 01 salário-mínimo	9	65
De 01 a 02 salários-mínimos	4	29
<b>Escolaridade</b>		
Ensino fundamental incompleto	8	57,1
Ensino fundamental completo	3	21,4
Ensino médio incompleto	0	0
Ensino médio completo	2	14,3
Ensino superior incompleto	0	0
Ensino superior completo	1	7,4

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

O principal fator de risco do câncer de mama é a idade, sendo a maior incidência em mulheres com a faixa etária acima de 40 anos (RODRIGUES; CRUZ; PAIXÃO, 2015). Oliveira *et al.* (2016) relatam que a prevalência das mulheres estudadas diagnosticadas com o câncer de mama ocorre entre 40 e 69 anos e a idade média é de 54,37 anos. Uma pesquisa elaborada por uma instituição de ensino relatou que 97,7% das pacientes possuíam 40 anos ou mais e 6,3% abaixo de 40 anos, considerando uma idade média de 57,7 anos. Um estudo realizado por Maieski e Sarquis (2007, p. 3), demonstrou que “houve predomínio de 32% de mulheres na faixa etária entre 31 e 40 anos”.

Em um estudo realizado em 2017 foi constatado que 45% das mulheres diagnosticadas com câncer de mama, habitantes em Goiânia, eram casadas e 23,7% viúvas (AZEVEDO *et al.*, 2017). Guimarães e dos Anjos (2012) relataram em sua pesquisa que 64,3% das pacientes questionadas eram casadas, 21,4% solteiras e 14,3% divorciadas. O estado civil das mulheres diagnosticadas com câncer de mama não apresentou uma relevância estatística quanto à sobrevida, porém observou-se que as solteiras dispuseram menor sobrevida (SCHNEIDER; D'ORSI, 2009).

De acordo com o Guimarães e dos Anjos (2012), 78,6% das mulheres entrevistadas possuíam o rendimento mensal entre 1 e 6 salários-mínimos e 14,3% menos de um salário-mínimo. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 51,3% da população brasileira têm uma renda mensal de 1 salário-mínimo e 23,2% entre 1 e 2 salários-mínimos. O baixo nível da renda pode apresentar obstáculos no acesso às informações importantes e de qualidade, como a promoção e prevenção de doenças (BONOTTO; MENDOZA-SASSI; SUSIN, 2016).

Entre as pacientes moradoras de Goiânia questionadas, 24,3% possuíam o nível de escolaridade de 8 a 11 anos de estudos e 8,7% não sabiam ler e escrever, e, em Vitória, verificou-se que as pacientes com ensino superior completo possuem menor chance de morte quando comparadas às mulheres que possuem ensino fundamental completo, retratando, assim, que o baixo nível de escolaridade interfere no nível socioeconômico, complicando o acesso à saúde e ao tratamento correto (AZEVEDO *et al.*, 2017).

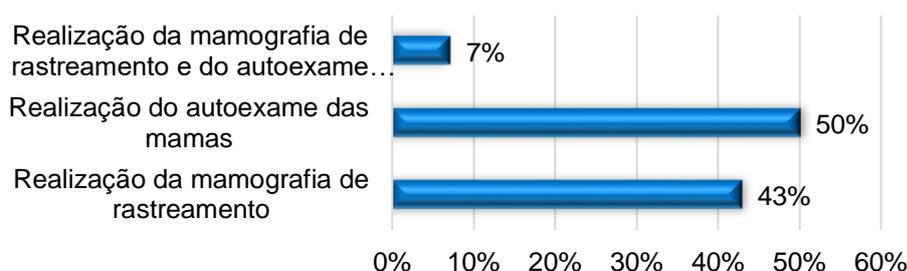
A maioria das mulheres interrogadas por Guimarães e dos Anjos (2012) tinham ensino fundamental incompleto (35,7%), ensino médio completo (35,7%) e ensino superior completo (14,1%). Em uma outra pesquisa realizada, houve um predomínio de 36% de mulheres com ensino fundamental completo, porém é preciso considerar que no Brasil há muitas particularidades socioeconômicas entre as regiões (MAIESKI; SARQUIS, 2007). Segundo Dugno *et al.* (2014), o nível de escolaridade baixo (ensino fundamental completo e incompleto) representa o estágio de conhecimento das pacientes, uma vez que quanto melhor o nível de escolaridade

maior o entendimento da doença. Dessa forma, a realização de projetos informativos e educativos devem considerar as restrições das pacientes.

### **Características clínicas (diagnóstico e classificação do tumor) das mulheres entrevistadas**

Como evidenciado no gráfico 1, o que desencadeou a busca por exames diagnósticos do câncer de mama foi, em sua maioria, a realização do autoexame das mamas. O principal exame diagnóstico foi a biópsia, isolada ou em associação com outros, conforme se verifica no gráfico 2.

**Gráfico 1** – Ações que levaram as participantes do estudo a realizarem o exame, o qual apontou a presença do câncer de mama.



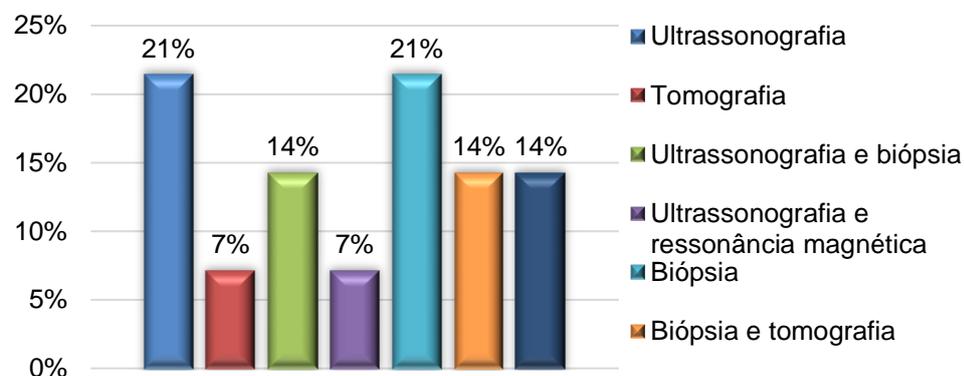
Fonte: Autoras, 2020.

O autoexame das mamas, a mamografia e o exame clínico são os métodos mais competentes para a descoberta precoce do câncer de mama. A mamografia reconhece os tumores não palpáveis e exibe um alto custo, enquanto o autoexame das mamas é considerado como uma prevenção secundária segura e não apresenta custos (MONTEIRO *et al.*, 2003). A mamografia de rotina deve ser realizada como teste para rastrear o câncer de mama em mulheres sem sinais ou sintomas (GODINHO; KOCH, 2004).

No entanto, estudos revelam que não há indícios científicos de que o exame da palpação das mamas proporciona uma diminuição da mortalidade por esse tipo de câncer (THULER, 2003), considerando que em menos de 50% das mulheres que realizam, regularmente, o autoexame das mamas os tumores manifestados são menores (em média de 0,6 cm) quando comparados aos localizados de maneira acidental. Porém, constata-se que este procedimento precisa ser divulgado e

ensinado enquanto houver as atividades de educação em saúde que dizem a respeito do autoconhecimento do corpo (OHL *et al.*, 2016).

**Gráfico 2** – Exame(s) realizados para a obtenção do diagnóstico final do câncer de mama.

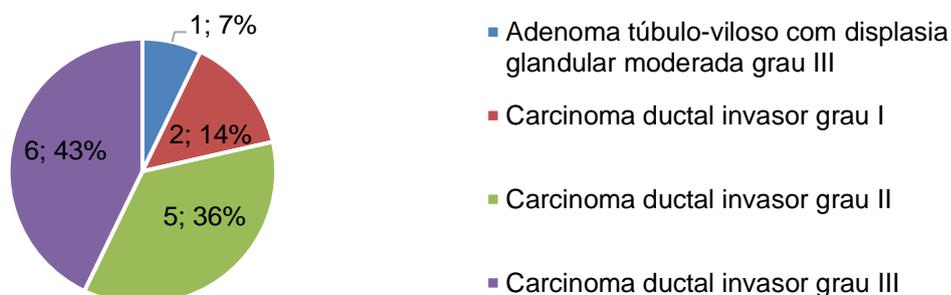


Fonte: Autoras, 2020.

É essencial a realização da biópsia para confirmar o diagnóstico, se existir uma desconfiança de tumor maligno. Portanto, esse procedimento baseia-se em retirar uma fração do tumor suspeito ou por completo, mediante a punções ou uma pequena cirurgia. Essa massa extraída é estudada pelo patologista, a fim de definir o tratamento adequado para cada paciente (INCA, 2018).

Quanto à classificação histológica do tumor (gráfico 3), observou-se na amostra estudada que houve predomínio do tipo carcinoma ductal invasor (92,86%), com frequência maior grau III (43%), seguido do grau II (36%).

**Gráfico 3** – Classificação da neoplasia, conforme informações do prontuário clínico das participantes do estudo.



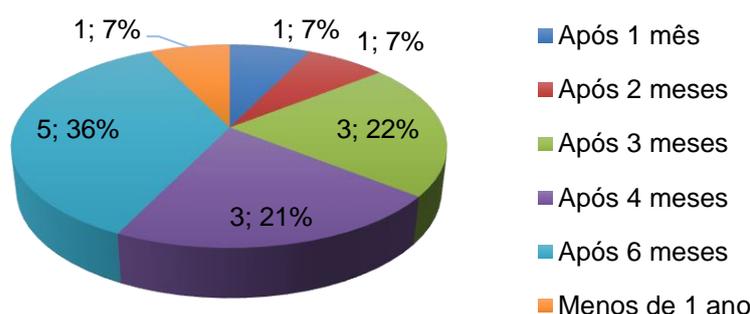
Fonte: Autoras, 2020.

No estudo de Maieski e Sarquis (2007, p. 348), “o carcinoma ductal infiltrativo foi o diagnóstico médico mais encontrado em 86% dos casos, o que vem ao encontro do nosso estudo e da literatura quando afirma ser este o tipo histológico mais frequente”. Outra pesquisa demonstrou que 87,4% dos pacientes foram diagnosticados com carcinoma ductal invasivo (MEDEIROS *et al.*, 2020).

Oliveira *et al.* (2016) revelam em seu estudo que a prevalência dos casos diagnosticados foi de 81,1% no grau II nas pacientes de 24 a 49 anos e 76% no grau III, em pacientes com a idade de 50 a 59 anos.

Ao se analisar o intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento quimioterápico, verificou-se que, para maioria, esse tempo foi de até 6 meses (gráfico 4).

**Gráfico 4** – Relação do tempo em que as mulheres deram início ao tratamento quimioterápico após o diagnóstico do câncer de mama.



Fonte: Autoras, 2020.

De acordo com o estudo realizado por Souza *et al.* (2015), o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento quimioterápico para o câncer de mama foi em média 74,7 dias. Já em outro estudo realizado em 2020, o tempo foi de aproximadamente 63 dias, porém, 52,8% das mulheres iniciaram o tratamento após 60 dias do diagnóstico (MEDEIROS *et al.*, 2020).

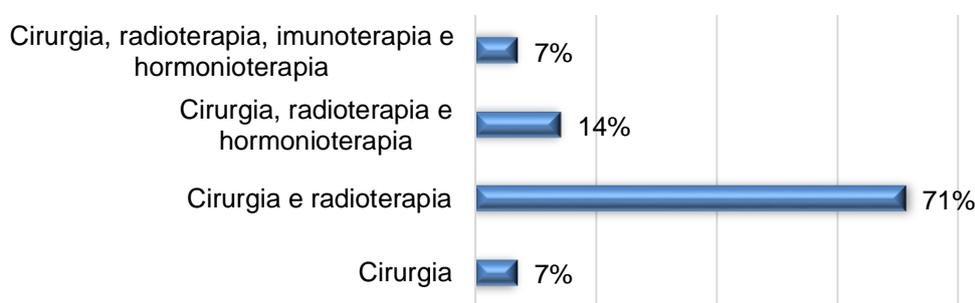
Em 2019, 23,8% das mulheres diagnosticadas com câncer de mama iniciaram o tratamento entre 0 e 30 dias após o diagnóstico, 35,3% de 31 a 60 dias e 40,9% em mais de 60 dias (INCA, 2020a). A este propósito, “o sistema de saúde deve garantir às mulheres o início do tratamento em até 60 dias após o diagnóstico.” (INCA, 2018).

Todas as 14 participantes entrevistadas realizam o acompanhamento pela rede feminina desde o diagnóstico do câncer de mama.

### **Tratamento**

A análise dos dados a respeito dos tratamentos, além da quimioterapia, mostra que todas as participantes do estudo realizaram cirurgia e grande parte (71%) também foi submetida à radioterapia (gráfico 5).

**Gráfico 5** – Relação dos tratamentos aos quais as participantes da pesquisa foram submetidas, além da quimioterapia.



Fonte: Autoras, 2020.

O tratamento do câncer de mama pode ser sistêmico neoadjuvante ou adjuvante (depois da cirurgia e radioterapia) e os diferentes procedimentos podem ser utilizados isolados ou combinados (BRASIL, 2018).

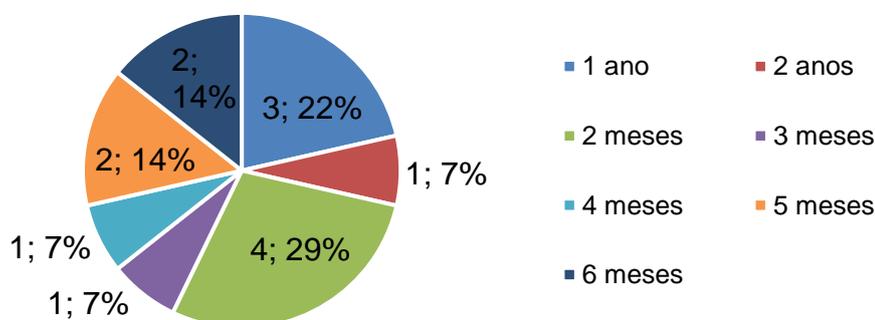
O primeiro tratamento para o câncer de mama é a cirurgia (BRASIL, 2018) e estudos revelaram que a realização da radioterapia após a cirurgia preservadora da mama possui resultados de sobrevida semelhantes comparado à mastectomia e, sempre que possível, deve-se oferecer a cirurgia conservadora, pois oferece melhor resultado estético (VIEIRA *et al.*, 2017).

Em muitos casos, mesmo quando as neoplasias são microscopicamente similares, apresentam diferenças de comportamento biológico, decorrentes de alterações moleculares nas células tumorais. A expressão dos receptores hormonais de estrogênio (RE) e progesterona (RP) e a superexpressão ou amplificação do fator de crescimento humano epidérmico receptor-2 (HER2) são apontadas como responsáveis pelas diferenças de resposta dos tumores frente aos tratamentos. Os

casos, em que as células cancerígenas expressam ativação para RE e RP em seu núcleo, são candidatos à terapia antiestrogênica (hormonioterapia). Já as neoplasias que possuem amplificação para HER2, podem se beneficiar de terapia com a droga trastuzumab, anticorpo monoclonal, que pode ser usado isolado ou em conjunto com a quimioterapia (CINTRA *et al.*, 2012).

No que se refere à duração do tratamento quimioterápico, evidenciou-se que todas as mulheres já haviam finalizado a quimioterapia com sessões a cada 21 dias e a maioria delas realizou, no máximo, 2 meses de tratamento (gráfico 6).

**Gráfico 6** – Tempo do tratamento quimioterápico das participantes da pesquisa.

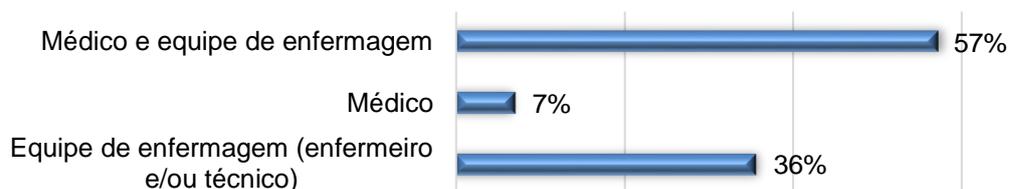


Fonte: Autoras, 2020.

Conforme descrito por Vieira *et al.* (2010), a maioria dos esquemas indicados de quimioterapia são a cada 21 dias. No estudo realizado por Maieski e Sarquis (2007), 41% das pacientes questionadas realizaram os ciclos de 21 em 21 dias entre cada sessão, pois é um período aceitável à recuperação da medula. O tempo médio para a realização do tratamento oncológico em 64% das mulheres pesquisadas foi de 4 a 8 meses e a quimioterapia, durou em torno de 3 a 6 meses.

No gráfico 7, está a relação dos profissionais que fizeram o acompanhamento do tratamento quimioterápico das pacientes do estudo. Como relatado por elas, a maioria (57%) teve acompanhamento do médico e equipe de enfermagem, incluindo enfermeiros e/ou técnicos de enfermagem.

**Gráfico 7** – Profissionais que acompanharam o tratamento quimioterápico das participantes da pesquisa.

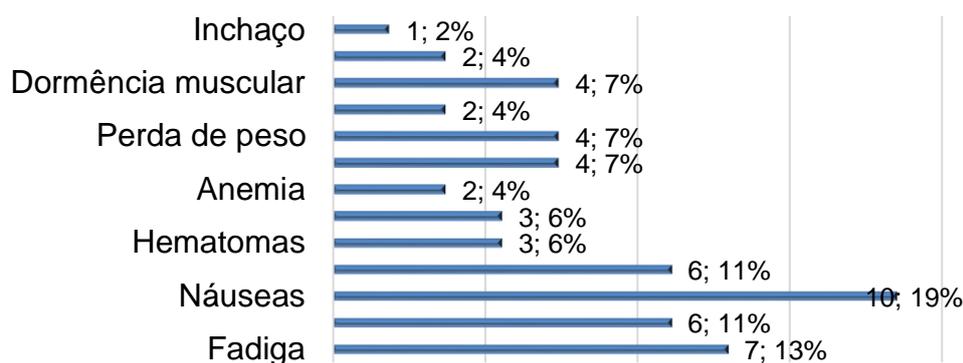


Fonte: Autoras, 2020.

O tratamento do câncer deve ser acompanhado por um médico oncologista e uma equipe multidisciplinar, composta por psicólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos, dentistas, enfermeiros, nutricionistas e assistentes sociais para que o paciente seja tratado como um todo e o tratamento seja eficaz (MANCINI, 2020). Os profissionais de saúde devem acolher os pacientes portadores de câncer, principalmente quando não é possível a cura (FRANZI; SILVA, 2003).

Dentre os efeitos colaterais sentidos pelas participantes da pesquisa, os mais citados foram náuseas (19%), seguido por fadiga (13%), vômitos (11%) e perda de apetite (11%), seja de forma isolada ou em associação com outros sintomas (gráfico 8).

**Gráfico 8** – Efeitos colaterais, decorrentes do tratamento quimioterápico, apresentados pelas mulheres entrevistadas.



Fonte: Autoras, 2020.

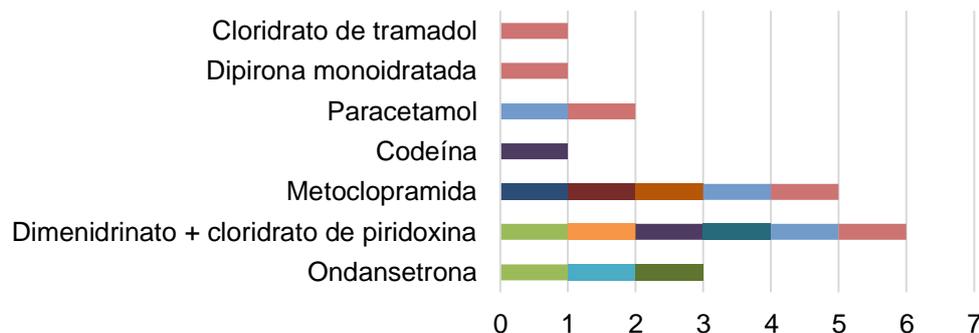
Um estudo revelou que entre 72% e 95% dos pacientes que realizam o tratamento com quimioterápicos possui a fadiga como um sintoma, sendo este o

principal motivo da redução da qualidade de vida dessas pessoas e por ser um efeito colateral mais frequente antes, no decorrer e após o tratamento quimioterápico. Outro levantamento demonstrou que ao longo do tratamento com quimioterápicos houve um aumento de 42,9% dos sintomas de náuseas e vômitos e, esses sintomas, podem estar relacionados à perda de apetite, acarretando também na perda de peso (GUIMARÃES; DOS ANJOS, 2012).

De acordo com a pesquisa realizada por Ferreira e Franco (2017), a dor, náuseas, vômitos e fadiga são os efeitos colaterais mais frequentes durante o tratamento quimioterápico, impactando negativamente no método terapêutico.

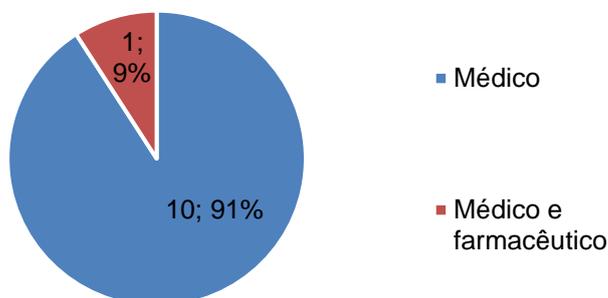
Quando as participantes da pesquisa foram questionadas se utilizavam algum tipo de medicamento para amenizar os efeitos colaterais provenientes da quimioterapia, 78,6% (11) relataram que fizeram e/ou fazem o uso. Dentre os medicamentos mais utilizados por elas, cita-se o dimenidrinato + cloridrato de piridoxina (gráfico 9), isolados ou em associação com outros medicamentos. Foi questionado também qual o profissional que prescreveu e/ou indicou o medicamento utilizado, em 91% dos casos a resposta foi o médico, como detalhado no gráfico 10.

**Gráfico 9** – Relação dos medicamentos que as mulheres entrevistadas utilizaram para conter os efeitos colaterais decorrentes do tratamento quimioterápico.



Fonte: Autoras, 2020.

**Gráfico 10** – Relação do profissional que prescreveu e/ou indicou o uso dos medicamentos que as mulheres entrevistadas utilizaram para conter os efeitos colaterais decorrentes do tratamento quimioterápico.



Fonte: Autoras, 2020.

O cloridrato de tramadol é um analgésico com ação no sistema nervoso central para alívio das dores graves à moderadas (O'CONNOR *et al.*, 2019). Já a dipirona e o paracetamol possuem ação analgésica em dores leves à moderadas (QUEIROZ *et al.*, 2013).

A codeína apresenta dois efeitos principais, o antitussígeno e o hipnoanalgésico, [...] usada apenas em casos de dores de baixa intensidade, visto que o efeito antitussígeno é o que mais apresenta ação no sistema nervoso central (SANTANA *et al.*, 2014, p.1).

A metoclopramida minimiza o refluxo gastresofágico, agiliza o esvaziamento gástrico e é utilizada para a prevenção de náuseas e vômitos, assim como a ondansetrona (TERCAN *et al.*, 2014). Já o dimenidrinato + cloridrato de piridoxina atuam na prevenção e tratamento dos sintomas de enjoo, tontura e vômitos em geral (JUCÁ, *et al.*, 2019).

### ***Atuação do profissional farmacêutico no processo de tratamento quimioterápico***

Dentre as participantes da pesquisa, quando questionadas se obtiveram acompanhamento de um farmacêutico nas sessões de quimioterapia, nenhuma relatou ter tido esse tipo de acompanhamento. Quando questionadas se algum profissional farmacêutico havia orientado sobre o tratamento quimioterápico, bem como sobre seus efeitos colaterais no decorrer de todo o tratamento, três delas (21,4%) relataram que sim. Esses farmacêuticos transmitiram informações a respeito

dos medicamentos que a paciente poderia administrar, sobre os cuidados com a exposição ao sol e à alimentação, sobre os possíveis efeitos colaterais decorrentes da quimioterapia e da importância de cuidar da imunidade. Foi colocado também por uma das pacientes que ela recebeu incentivo e apoio do farmacêutico para realizar a quimioterapia.

O profissional farmacêutico analisa as prováveis interações medicamentosas entre os quimioterápicos e os não quimioterápicos administrados pelas pacientes. Além disso, ele também orienta o indivíduo sobre as formas de administração, efeitos colaterais e reações adversas (MANCINI, 2020).

De acordo com o estudo realizado por Alberto (2018), as interferências dos profissionais farmacêuticos possibilitam às mulheres uma maneira eficaz no desenvolvimento do autocuidado à saúde. Em outra pesquisa, concluiu-se que os farmacêuticos são essenciais para que os pacientes tenham maior preparo para enfrentar os efeitos colaterais que o tratamento quimioterápico do câncer de mama propicia. Diante dessas constatações, o farmacêutico precisa ter maior participação e atuação dentro da equipe multidisciplinar que trata pacientes oncológicos, (EDUARDO; DIAS; SANTOS, 2012).

### **Considerações finais**

A prevalência do grupo estudado foi de mulheres entre 46 e 55 anos, casadas, que possuíam a renda mensal de até 1 salário-mínimo e com ensino fundamental incompleto, concluindo então que quanto menor a renda e a escolaridade das mulheres, menor o nível de conhecimento delas sobre o câncer de mama e o tratamento correto.

O principal exame no qual apontou a presença do câncer de mama foi o autoexame das mamas, porém alguns estudos consideram-no controverso, mesmo sendo indicado para detecção precoce. A realização da biópsia para a detecção do tumor foi o exame com maior prevalência entre as mulheres entrevistadas, por ser um procedimento que define o tratamento correto em que a paciente será submetida.

Conclui-se também que a neoplasia classificada como carcinoma ductal invasor grau III, foi o de maior predominância, assim como nos demais estudos consultados.

A maioria das mulheres iniciou o tratamento quimioterápico após 6 meses do diagnóstico da oncologia, contudo os prestadores de serviços da saúde possuem a obrigação de iniciar o tratamento das pacientes em até 60 dias após o diagnóstico. A maior parte das entrevistadas realizaram, além da quimioterapia, o procedimento cirúrgico e radioterápico, os quais possuem resultados altos de sobrevivência.

O dimenidrinato + cloridrato de piridoxina foi o medicamento mais citado para conter os efeitos colaterais decorrentes do tratamento quimioterápico, pois é indicado para prevenir e tratar a náusea, principal efeito colateral apresentado pelas entrevistadas.

O médico e a equipe de enfermagem foram os profissionais que acompanharam o tratamento quimioterápico das participantes da pesquisa, todavia é muito importante a inserção de uma equipe multidisciplinar, incluindo o farmacêutico, para auxiliar as pacientes diagnosticadas com câncer de mama a propor o tratamento adequado e correto, bem como um acompanhamento farmacoterapêutico seguro e eficaz a fim de minimizar os efeitos colaterais, pois elas merecem todo o apoio e atenção.

## Referências

ALBERTI, Fernanda Fávero *et al.* Cuidado farmacêutico aplicado a mulheres com câncer de mama na Atenção Primária à Saúde. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 44, n. 1, p. 1-8, 2018. Disponível em:

<https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/29900/pdf>. Acesso em: 05 maio 2020.

AZEVEDO, Daniela Batista *et al.* Perfil das mulheres com câncer de mama. **Rev. Enferm. UFPE On-line**, Recife, v. 11, n. 6, p. 2264-2272, 2017. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23386/19035>. Acesso em: 13 out. 2020.

BONOTTO, Gabriel Missaggia; MENDOZA-SASSI, Raul Andres; SUSIN, Lulie Rosane Odeh. Conhecimento dos fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular entre mulheres e seus fatores associados: um estudo de base populacional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 293-302,

2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000100293&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100293&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 21 set. 2020.

BRASILEIRO FILHO, G.; PEREIRA, F. E. L.; ANDRADE, V. P. de. Distúrbios da proliferação e da diferenciação celulares. *In*: BRASILEIRO FILHO, G. **Bogliolo Patologia Geral**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. p. 175-213.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC. **Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma de Mama**. Brasília: Ministério da Saúde. 2018. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2018/Relatorio\\_DDT\\_Carcionomad eMama\\_Julho\\_2018.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2018/Relatorio_DDT_Carcionomad eMama_Julho_2018.pdf). Acesso em: 11 out. 2020.

CAMARGO, Tereza Caldas. **O ex-sistir feminino enfrentando a quimioterapia para o câncer de mama: um estudo de enfermagem na ótica de Martin Heidegger**. 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/ex-sistir\\_feminino\\_teresa.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/ex-sistir_feminino_teresa.pdf). Acesso em: 17 abr. 2020.

CINTRA, Jane Rocha Duarte *et al.* Perfil imuno-histoquímico e variáveis clinicopatológicas no câncer de mama. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 58, n. 2, p. 178-187, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302012000200013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000200013&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 16 out. 2020.

CORREIA, Joana de Souza. **Atenção farmacêutica no tratamento do câncer de mama: uma revisão**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Farmácia) – Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2017. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/bitstream/riufcg/7304/1/JOANA%20DE%20OUZA%20CORREIA%20-%20TCC%20FARM%c3%81CIA%202017.pdf>. Acesso em: 02 maio 2020.

DUGNO, Matheus Luiz Ghellere *et al.* Perfil do câncer de mama e relação entre fatores de risco e estadiamento clínico em hospital do Sul do Brasil. **Rev. Bras. de Oncologia Clínica**, Caxias do Sul, v. 10, n. 36, p. 60-66, 2014. Disponível em: <https://www.sbec.org.br/sbec-site/revista-sbec/pdfs/36/artigo3.pdf>. Acesso em: 21 set. 2020.

EDUARDO, Anna Malu de Leão e Neves; DIAS, Joyce Pimenta; SANTOS, Paulyane Karíllen. Atenção farmacêutica no tratamento oncológico em uma instituição pública de Montes Claros-MG. **Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 11-14, 2012. Disponível em: <http://rbfhss.saude.ws/revista/arquivos/201205030102BR.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2020.

FERREIRA, Rebeca Garcia Rosa; FRANCO, Laura Ferreira de Rezende. Efeitos colaterais decorrentes do tratamento quimioterápico no câncer de mama: revisão

bibliográfica. **Rev. da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 15, n. 2, p. 633-638, 2017.

FRANZI, Sergio Altino; SILVA, Patrícia Gislene. Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos à quimioterapia ambulatorial no Hospital Heliópolis. **Rev. Bras. de Cancerologia**, v. 49, n. 3, p. 153-158, 2003. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_49/v03/pdf/ARTIGO1.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_49/v03/pdf/ARTIGO1.pdf). Acesso em: 13 out. 2020.

GUIMARÃES, Audir Giodano C.; DOS ANJOS, Anna Cláudi Y. Caracterização sociodemográfica e avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico adjuvante. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Uberlândia, v. 58, n. 4, p. 581-592, 2012. Disponível em: [https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n\\_58/v04/pdf/03-artigo-caracterizacao-sociodemografica-avaliacao-qualidade-vida-mulheres-cancer-mama-tratamento-quimioterapico-adjuvante.pdf](https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_58/v04/pdf/03-artigo-caracterizacao-sociodemografica-avaliacao-qualidade-vida-mulheres-cancer-mama-tratamento-quimioterapico-adjuvante.pdf). Acesso em: 17 abr. 2020.

GODINHO, Eduardo Rodrigues; KOCH, Hilton Augusto. Rastreamento do câncer de mama: aspectos relacionados ao médico. **Radiol Bras.**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 91-99, 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-39842004000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842004000200006&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 13 out. 2020.

GONÇALVES, Leila Luíza C. *et al.* Mulheres com câncer de mama: ações de autocuidado durante a quimioterapia. **Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 575-580, 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufs.br/bitstream/riufs/842/1/MulheresAutocuidadoQuimioterapia.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2020.

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **A mulher e o câncer de mama no Brasil**. 3. ed. Rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//catalogo-expo-mama-3a-ed-2018.pdf>. Acesso em: 12 out. 2020.

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **A situação do câncer de mama no Brasil**: síntese de dados dos sistemas de informação. Rio de Janeiro: INCA, 2019b. Disponível em: [https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/a\\_situacao\\_ca\\_mama\\_brasil\\_2019.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/a_situacao_ca_mama_brasil_2019.pdf). Acesso em: 16 ago. 2020.

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: INCA, 2015. p. 168 Disponível em: [https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes\\_deteccao\\_precoce\\_cancer\\_mama\\_brasil.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_deteccao_precoce_cancer_mama_brasil.pdf). Acesso em: 14 jul. 2020.

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, RJ: INCA, 2019a. Disponível em:

<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2020.

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Relatório do intervalo entre diagnóstico e início do tratamento do câncer no SUS**. Rio de Janeiro, RJ: INCA, 2020a. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/relatorios/relatorio-do-intervalo-entre-diagnostico-e-inicio-do-tratamento-do-cancer-no#:~:text=O%20relat%C3%B3rio%20apresenta%20os%20dados,MS%20n%C2%BA%20876%2F2013>). Acesso em: 12 out. 2020.

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Tratamento para o câncer de mama**. Rio de Janeiro, RJ: INCA, 2020b. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-de-mama/acoes-de-controle/tratamento>. Acesso em: 13 out. 2020.

INSTITUTO ONCOGUIA. **Classificação do câncer de mama**. [s/l:sn]. 2020. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/classificacao-do-cancer-de-mama/6572/264/>. Acesso em: 12 out. 2020.

JUCÁ, Francimar Leão *et al.* **Guia farmacoterapêutico pediátrico**. Rio Branco: Stricto Sensu, 2019. Disponível em: <https://sseditora.com.br/wp-content/uploads/Guia-Farmacoterap%C3%AAutico-Pedi%C3%A1trico.pdf>. Acesso em: 16 out. 2020.

LESTER, S. C. A mama. *In*: KUMAR, V.; ABBAS, A.K.; ASTER, J.C. **Robbins & Cotran, patologia: bases patológicas das doenças**. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. p. 1068-1097.

MAIESKI, Valéria Moro; SARQUIS, Leila Maria Mansano. Mulheres com câncer de mama em quimioterapia e sua influência sobre o trabalho. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 12, n. 3, p. 346-352, 2007. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483648984010.pdf>. Acesso em: 13 out. 2020.

MANCINI, Natália. Equipe multidisciplinar, direito de todos os pacientes. **Rev. Abrale On-line**, 2020. Disponível em: <https://revista.abrale.org.br/equipe-multidisciplinar-e-um-direito/>. Acesso em: 13 out. 2020.

MATILDE, Elisa. Papel do Farmacêutico na Oncologia: da manipulação à assistência farmacêutica. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica**, v. 5, n. 14, p. 29-31, 2008. Disponível em: <https://www.sboc.org.br/sboc-site/revista-sboc/pdfs/14/artigo5.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2020.

MEDEIROS, Giselle Coutinho de *et al.* Fatores Associados ao Atraso entre o Diagnóstico e o Início do Tratamento de Câncer de Mama: um Estudo de Coorte com 204.130 Casos no Brasil. **Rev. Bras. de Cancerologia**, Rio de Janeiro v. 66, n. 3, 2020.

MONTEIRO, Ana Paula de Sousa *et al.* Auto-exame das mamas: frequência do conhecimento, prática e fatores associados. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 201-205, 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032003000300009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032003000300009&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 21 set. 2020.

O'CONNOR, John *et al.* **Tramadol e tapentadol**: revisão clínica e farmacológica. 2019. Disponível em: <https://www.sbahq.org/resources/pdf/atotw/407.pdf>. Acesso em: 16 out. 2020.

OHL, Isabella Cristina Barduchi *et al.* Ações públicas para o controle do câncer de mama no Brasil: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 4, p. 793-803, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672016000400793&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000400793&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 11 out. 2020.

OLIVEIRA, Taliana da Silva Gomes *et al.* Perfil de mulheres com câncer de mama tratadas com quimioterapia. **Rev. Enferm. UFPE On-line**, Recife, v. 10, n. 11, p. 4097-4103, 2016.

OLIVEIRA, Leila Tatiande Vignotto de. **Câncer de mama**: diagnóstico, tratamento e atribuições do farmacêutico no cuidado ao paciente. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Farmácia) – Centro Universitário Católico de Vitória, Vitória, 2016. Disponível em: <https://www.ucv.edu.br/fotos/files/tcc-farm-leila.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2020.

OPAS. **Atenção farmacêutica no Brasil**: “trilhando caminhos”. Brasília, DF: OPAS, 2002. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PropostaConsensoAtenfar.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2020.

QUEIROZ, Thallita Pereira *et al.* Dipirona versus paracetamol no controle da dor pós-operatória. **Rev. odontol. UNESP**, Araraquara, v. 42, n. 2, p. 78-82, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1807-25772013000200002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25772013000200002&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 16 out. 2020.

REDE FEMININA DE COMBATE AO CÂNCER. **RFECC – Santa Catarina**: Sobre nós. 2018. Disponível em: [https://www.redefemininasc.com.br/sobre\\_nos](https://www.redefemininasc.com.br/sobre_nos). Acesso em: 15 jul. 2020.

RODRIGUES, Juliana Dantas; CRUZ, Mércia Santos; PAIXÃO, Adriano Nascimento. Uma análise da prevenção do câncer de mama no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3163-3176, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015001003163&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003163&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 17 abr. 2020.

SANTANA, Larissa O. *et al.* **Aspectos químicos e farmacológicos da codeína.** São Paulo, 2014. Disponível em: [http://www.saocamilo-sp.br/novo/eventos-noticias/simposio/14/SCF019\\_14.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/novo/eventos-noticias/simposio/14/SCF019_14.pdf). Acesso em: 16 out. 2020.

SCHNEIDER, Ione Jayce Ceola; D'ORSI, Eleonora. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1285-1296, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000600011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600011&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 21 set. 2020.

SILVA, Lívia C. A. da *et al.* Contribuições da atenção farmacêutica a pacientes em tratamento oncológico. **Rev. Investig. Bioméd.**, São Luís, v. 9, n. 2, p. 216-22, 2017.

SOUZA, Camila Brandão *et al.* Estudo do tempo entre o diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama em idosas de um hospital de referência em São Paulo, Brasil. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Espírito Santo, v. 20, n. 12, p. 3805-3816, 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2015.v20n12/3805-3816/pt/>. Acesso em: 13 out. 2020.

TERCAN, Mehmet *et al.* Metoclopramida e ondansetrona alteram o bloqueio neuromuscular induzido por mivacúrio? - um estudo randomizado. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas, v. 64, n. 1, p. 35-39, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-70942014000100035&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942014000100035&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 16 out. 2020.

THULER, Luiz Claudio. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Rev. Bras. De Cancerologia**, v. 49, n. 4, p. 227-238, 2003. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_49/v04/pdf/REVISA01.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_49/v04/pdf/REVISA01.pdf). Acesso em: 13 out. 2020.

VIEIRA, Nivaldo Farias *et al.* **Carcinoma de mama.** 2010. Disponível em: [https://www.sbec.org.br/images/diretrizes/diretrizes\\_pdfs/Carcinoma\\_de\\_Mama.pdf](https://www.sbec.org.br/images/diretrizes/diretrizes_pdfs/Carcinoma_de_Mama.pdf). Acesso em: 13 out. 2020.

VIEIRA, Sabas Carlos *et al.* Câncer de mama: Consenso da Sociedade Brasileira de Mastologia-Regional Piauí-2017. **EDUFPI**, Teresina, 2017. Disponível em: <https://www.sbmastologia.com.br/medicos/wp-content/uploads/2018/03/C%C3%A2ncer-de-Mama-Consenso-da-SBM-Regional-Piau%C3%AD-2017.pdf>. Acesso em: 13 out. 2020.

#### **Dados para contato:**

**Autor:** Ana Paula Bazo

**E-mail:** apbazo@gmail.com

## GESTANTE COM HIV/AIDS: TRATAMENTO E CUIDADOS – UM ESTUDO DE CASO

Ciências da Saúde

Artigo Original

**Luana Kniess Jacinto<sup>1</sup>; Ana Paula Bazo<sup>1</sup>; Cláudio Sérgio da Costa<sup>1</sup>; Kelli Pazzeto Della Giustina<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>. Centro Universitário Barriga Verde – Unibave

**Resumo:** O aumento de casos de mulheres contaminadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), em idade fértil, refletiu no aumento de casos detectáveis em gestantes soropositivas. Neste contexto, o objetivo geral da pesquisa foi descrever o processo terapêutico durante a gestação e puerpério de uma gestante de um município do Sul de Santa Catarina e os objetivos específicos foram: identificar as características clínicas da gestante relacionadas ao HIV (tipo de contágio, diagnóstico e condições de saúde); descrever os fatores relacionados a gestações prévias, pré-natal, parto e puerpério; detalhar o tratamento utilizado pela gestante na gestação e puerpério; e apontar as características clínicas e de desenvolvimento do bebê. Para atingir esses objetivos realizou-se uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, com relação aos procedimentos tratou-se de um relato de caso e estudo documental. Os dados foram obtidos por meio de laudos de exames e entrevista com a participante da pesquisa. No caso da paciente, a descoberta do HIV aconteceu durante o pré-natal, estando no segundo trimestre de gestação, logo após o diagnóstico, o tratamento foi iniciado. Constatou-se que a terapia antirretroviral à gestante e ao recém-nascido, o parto do tipo cesárea e a não amamentação foram medidas importantíssimas para impedir a transmissão vertical do vírus. A eficácia dessas medidas foi verificada, já que a bebê apresenta desenvolvimento normal e não possui a infecção pelo HIV.

**Palavras-chave:** HIV na gestação. Tratamento. Transmissão vertical.

### **PREGNANT WITH HIV / AIDS: TREATMENT AND CARE - A CASE STUDY**

**Abstract:** The increase in cases of women infected by the human immunodeficiency virus (HIV), of childbearing age, reflected in the increase in detectable cases in HIV-positive pregnant women. In this context, the general objective of the research was to describe the therapeutic process during pregnancy and the puerperium of a pregnant woman in a municipality in the south of Santa Catarina and the specific objectives were: to identify the clinical characteristics of the pregnant woman related to HIV

(type of contagion, diagnosis and health conditions); describe the factors related to previous pregnancies, prenatal care, childbirth and the puerperium; detail the treatment used by the pregnant woman during pregnancy and the puerperium; and point out the baby's clinical and developmental characteristics. To achieve these objectives, descriptive research with a qualitative approach was carried out, with respect to the procedures, it was a case report and documentary study. The data were obtained through examination reports and interviews with the research participant. In the case of the patient, the discovery of HIV occurred during prenatal care, being in the second trimester of pregnancy, shortly after diagnosis, treatment was started. It was found that antiretroviral therapy for pregnant women and newborns, cesarean delivery and non-breastfeeding were very important measures to prevent vertical transmission of the virus. The effectiveness of these measures was verified since the baby has normal development and does not have HIV infection.

**Keywords:** HIV during pregnancy. Treatment. Vertical transmission.

## Introdução

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), caracterizada por uma alteração do sistema imunológico com destruição dos linfócitos T CD4. Está associada a três principais vias de transmissão: sexual, sanguínea e vertical (durante o parto e/ou aleitamento). O HIV/AIDS pode atingir diversas idades, desde crianças, jovens e adultos e em ambos os sexos (LIMA, S. *et al.*, 2017; SANTOS; SOUZA, 2012).

Na década de 90 surgiram muitos casos de mulheres infectadas pelo HIV e muitas delas em idade fértil, mais de 80%. Um estudo de 2006 mostrou prevalência considerável de infecção por HIV em gestantes e, por consequência, muitos casos de crianças infectadas, cerca de 84,5% foram infectadas por transmissão vertical, ou seja, da mãe para o filho (MANFREDI *et al.*, 2011).

A presença do HIV na gestação faz com que a mulher e a família tenham muitos desafios, um dos que mais se destaca é o esforço para prevenir a transmissão vertical do vírus (FARIA *et al.*, 2014). Esse tipo de transmissão pode ocorrer em várias situações, cerca de 65% dos casos ocorrem durante o trabalho de parto e os demais, 35%, ocorrem intrauterinos, principalmente nas últimas semanas da gestação. A amamentação oferece um risco adicional ao bebê, pois a cada mamada aumenta o risco de exposição (SANTOS; SOUZA, 2012). O tratamento

com medicamento antirretroviral na gestação visa reduzir a carga viral, sendo assim diminuí as chances de a infecção ser transmitida ao bebê (FARIA *et al.*, 2014).

Segundo Félix e Ceolim (2012) a partir de 1996 o Brasil passou a disponibilizar gratuitamente o acesso aos medicamentos antirretrovirais no Sistema Único de Saúde (SUS), trazendo assim, benefícios aos usuários, melhorando a qualidade de vida.

O profissional farmacêutico é considerado peça-chave na dispensação de medicamentos utilizados na terapia do HIV/AIDS, desde a profilaxia com Terapia Antirretroviral (TARV) ou tratamento com o mesmo (BRASIL, 2010a).

Com base nessas informações e dados foi elaborado o seguinte problema de pesquisa: Como se deu o processo terapêutico durante a gestação e puerpério de uma gestante de um município do sul de Santa Catarina? Para responder tal questão o objetivo geral da pesquisa foi descrever o processo terapêutico durante a gestação e puerpério de uma gestante de um município do sul de Santa Catarina. Os objetivos específicos foram: identificar as características clínicas da gestante relacionadas ao HIV (tipo de contágio, diagnóstico e condições de saúde); descrever os fatores relacionados a gestações prévias, pré-natal, parto e puerpério; detalhar o tratamento utilizado pela gestante na gestação e puerpério; apontar as características clínicas e de desenvolvimento do bebê.

### **HIV/AIDS - Aspectos Gerais**

O vírus da imunodeficiência humana pertencente ao gênero *Lentivirinae* e família *Retroviridae*, é um retrovírus formado por duas cópias de ácido ribonucleico (RNA) de cadeia simples, envoltas por uma camada proteica, o capsídeo, e um envelope externo composto por uma bicamada fosfolipídica. Existem dois tipos distintos dos vírus, o HIV-1 e o HIV-2 (BRASIL, 2013), o primeiro é mais patogênico e é espalhado pelo mundo, já o HIV-2 é encontrado, basicamente, no oeste da África (SANTOS; ROMANOS; WIGG, 2008 *apud* FRANÇA, 2018).

O HIV pode ser transmitido por várias vias: sexual, sanguínea e vertical (SANTOS; ROMANOS; WIGG, 2008 *apud* FRANÇA, 2018). Após horas da entrada, os vírus infectam e destroem, principalmente, os linfócitos T do tipo CD4, que são as células responsáveis por defender o organismo contra agentes estranhos e

infecciosos. Desse modo, a redução de linfócitos CD4, causada pelo vírus, leva a uma vulnerabilidade do sistema imunológico, que se torna incapaz de combater doenças ou ataques de outros agentes, podendo levar a infecções e complicações, estabelecendo, assim, a síndrome da imunodeficiência adquirida (FREITAS, 2017).

### **Dados Epidemiológicos**

Mundialmente, 74,9 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV desde o início da epidemia até o fim de 2018, sendo que 32 milhões morreram de doenças relacionadas à AIDS nesse período. No ano de 2019, havia 38 milhões de pessoas vivendo com HIV, sendo 36,2 milhões de adultos e 1,8 milhões de crianças com menos de 15 anos (UNAIDS, 2019).

No Brasil, em 2018, foram diagnosticados 43.941 novos casos de HIV e 37.161 casos de AIDS. Observa-se no país uma redução na taxa de detecção da doença, que passou de 21,4/100.000 habitantes (2012) para 17,8/100.000 habitantes em 2018, representando um decréscimo de 16,8% (BRASIL, 2019a).

Quando os dados são apresentados por sexo, verifica-se 207.207 (69%) casos de infecção em homens e 93.220 (31%) em mulheres, entre 2007 e junho de 2019. Com relação à faixa etária, neste mesmo período, constatou-se que a maioria dos casos de infecção pelo HIV encontra-se na faixa de 20 a 34 anos, com percentual de 52,7% dos casos (BRASIL, 2019a).

### **Dados epidemiológicos em gestantes**

Mundialmente, o índice de infecção pelo HIV em gestantes é variável, sendo menos de 1% no Brasil e chegando a 20% na África subsaariana (MENEZES *et al.*, 2012). Todos os anos cerca de 1,4 milhões de mulheres portadoras do vírus engravidam e quando não tratadas podem transmitir o HIV para seus filhos durante a gravidez, parto ou amamentação (UNAIDS, 2015).

No Brasil, de 2000 até junho de 2019, foram notificadas 125.144 gestantes infectadas com HIV, sendo 8.621 no ano de 2018, o que representa uma taxa de detecção de 2,9/1.000 nascidos vivos. Em um período de dez anos, verificou-se um aumento de 38,1% na taxa de detecção de HIV em gestantes, uma vez que em 2008, a taxa observada foi de 2,1 casos/1.000 nascidos vivos e, em 2018, de

2,9/1.000 nascidos vivos. Uma possível explicação para esse aumento pode ser devido à ampliação do diagnóstico pré-natal, com consequente prevenção da transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2019a).

Dentre as regiões do país, a região sul apresentou as maiores taxas de detecção de gestantes infectadas, que foi de 5,8 casos/1.000 nascidos vivos em 2018. Dentre as Unidades de Federação, as maiores taxas encontram-se no Rio Grande do Sul (9,2 casos/1.000 nascidos vivos) e Santa Catarina (6,1 casos/1.000 nascidos vivos) (BRASIL, 2019a).

### ***Profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes***

Logo que a mulher descobre a gravidez, se faz as primeiras consultas e acompanhamento pré-natal, vários tipos de exames são realizados, tais como testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites virais, idealmente realizados no primeiro e último trimestre da gestação e no momento do parto (BRASIL, 2010b).

Dentre estes profissionais tem-se o farmacêutico, que dispensa os medicamentos e oferece atenção farmacêutica. O Ministério da Saúde, visando atendimento de qualidade e adesão ao tratamento, elaborou o Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/AIDS, desse modo o acompanhamento e atenção farmacêutica demonstra sucesso no tratamento com antirretrovirais, quando comparado àqueles que não recebem esse cuidado (VIELMO *et al.*, 2014).

Os antirretrovirais utilizados na gestação visam diminuir a carga viral e desta forma reduzir a transmissão vertical. Se o medicamento não for utilizado durante a gestação, as chances de transmissão variam entre 25 e 30%, por isso se faz necessária a terapia antirretroviral (TARV) (BRASIL, 2007; 2010b).

Em 2018 o Protocolo de Prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais foi atualizado, recomendando, no caso de HIV, a associação de esquemas combinados de três antirretrovirais: tenofovir (TDF) + lamivudina (3TC) + raltegravir (RAL), caso haja impossibilidade de uso do TDF + 3TC, deve-se utilizar zidovudina (AZT) + 3TC e caso essa combinação também não seja viável, utilizar o abacavir (ABC)+3TC, o ABC só deverá ser utilizado caso HLA-B 5701 (alelo que corresponde a transplantes de órgãos, células e tecidos) for negativo. A associação de TDF + 3TC + efavirenz (EFV) é muito utilizada atualmente, sendo opção

alternativa e não mais preferencial, dependendo da conduta médica pode ser utilizado sem problemas, existem vários fatores para escolha da combinação, sendo avaliada cada particularidade do indivíduo (BRASIL, 2019b).

Geralmente as reações adversas ao uso da TARV são baixas, tanto para mãe, quanto para o bebê, quando ocasionados são de leves a moderados. Sendo assim, a eficácia dos medicamentos na prevenção da transmissão vertical é muito maior que os efeitos adversos causados por eles, desse modo, o médico infectologista deve avaliar cada caso e verificar os benefícios e riscos oferecidos à paciente e seu bebê (BRASIL, 2007; 2010b).

Como já dito anteriormente, a transmissão vertical pode ocorrer também, durante a amamentação. Sendo assim, Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para o HIV aconselham que gestantes com HIV não amamentem, mesmo que estejam em tratamento, pois mesmo com a carga viral baixa, pode ocorrer a transmissão para a criança (BENZAKEN, 2018).

### **Procedimentos Metodológicos**

A fim de alcançar o propósito desse estudo, foi desenvolvida uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. Quanto aos procedimentos para coleta de dados a pesquisa classifica-se como estudo de caso e documental, pois foi realizada com uma única paciente e documental, já que algumas informações foram coletadas de exames da paciente.

Para a coleta dos dados, inicialmente, foi feito contato com a paciente portadora de HIV para convidá-la a participar da pesquisa. Após o seu aceite e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Barriga Verde (CAAE: 35996420.6.0000.5598; Número do Parecer: 4.193.651), foi realizada entrevista com a participante da pesquisa, no mês de setembro de 2020.

Após a coleta dos dados, tanto por meio da entrevista como pela pesquisa documental dos exames da paciente, foi organizada a descrição do caso, apresentado em sequência cronológica e com detalhes para que se estabeleça sua interpretação.

## Resultados e Discussão

As informações serão apresentadas de forma ordenada e cronológica, correlacionando os dados obtidos na entrevista e exames com os dados da literatura. A fim de respeitar a confidencialidade da identidade da participante da pesquisa, essa será denominada Participante X.

### **Dados sociodemográficos da paciente**

A participante X tem 18 anos de idade, possui ensino fundamental incompleto, está desempregada, é solteira e mãe de três filhas. Atualmente, reside em um município do sul de Santa Catarina, sendo natural de Aracaju – Sergipe.

Em relação à idade, um estudo realizado em um hospital de Mossoró- RN, com 52 gestantes portadoras de HIV verificaram que a maioria delas encontrava-se na faixa etária entre 21 e 30 anos (LIMA, S. *et al.*, 2017). Beck *et al.* (2018), em pesquisa realizada com 46 gestantes com HIV, observaram uma média de idade de 24 anos no momento do diagnóstico. Quando comparamos esses dados com o caso estudado, verifica-se que a participante X, no momento do diagnóstico com 17 anos, encontrava-se dentro de uma faixa etária inferior às relatadas nos estudos descritos anteriormente.

Ao analisarmos o dado escolaridade, as pesquisas apontam dados semelhantes aos da participante X. Grande parte das gestantes da pesquisa de Lima, S. *et al.* (2017) possuíam ensino fundamental incompleto. Um trabalho sobre Preditores da Adesão ao Tratamento no Contexto do Pré-natal entre gestantes com HIV, verificou que essas mulheres tinham em média 7,4 anos de estudo concluído (FARIA *et al.*, 2014).

Quanto ao estado civil, a paciente é solteira, mãe de três meninas, sendo uma de três anos, uma de dois anos e a terceira com cinco meses, ressaltando que descobriu a infecção pelo HIV na última gestação. Com base na literatura, isso acontece com grande parte das gestantes soropositivas, os dados demonstram prevalência de mulheres solteiras, seguidas das mulheres em união estável (LIMA, C. *et al.*, 2010; LIMA, S. *et al.*, 2017).

Com relação ao número de filhos, o estudo realizado por Konopka *et al.* (2010), verificou que 51% das gestantes estudadas possuíam dois ou mais filhos,

isso também foi observado por Lima, S. *et al.* (2017), em que a prevalência de filhos foi de três ou mais em 25% dos casos.

### ***Tipo de contágio, diagnóstico do HIV e condições de saúde***

No quadro 1 apresenta-se uma síntese da forma de contágio, diagnóstico e carga viral da paciente.

**Quadro 1** – Forma de contágio, diagnóstico, carga viral e contagem linfócitos CD4 e CD8.

Forma de contágio	Diagnóstico da infecção pelo HIV		Carga Viral	Contagem CD4 e CD8
	Data/Período	Tipo de Exame Diagnóstico		
Sexual (pai da criança)	01/2020 2º trimestre da Gestação	Teste rápido e Laboratorial (imunoensaio e PCR em tempo real)	Momento do diagnóstico (21/01/2020): 7.346 cópias/ml	Momento do diagnóstico (21/01/2020): CD4 = 755 células/mm <sup>3</sup> CD8 = 1031 células/mm <sup>3</sup>
			2º exame (24/04/2020): 340 cópias/ml	Não houve contagem de CD4 e CD8

Fonte: Laudos de exames, 2020.

Como se pode observar no quadro 1, a forma de contágio foi a sexual, a participante X relatou ter tido relação sexual sem preservativo. No Brasil, a principal via de contaminação pelo HIV é a sexual (BRASIL, 2006b). No estudo de Lima, S. *et al.* (2017), 17,3% dos casos de transmissão decorreram de relações sexuais com parceiros infectados. Faria *et al.* (2014) observaram na pesquisa por eles realizada que todas as gestantes haviam adquirido o vírus através de relações heterossexuais.

No caso relatado, a paciente só descobre que está grávida no 2º trimestre de gestação, ao procurar atendimento médico na Estratégia da Saúde da Família.

É importante destacar, que como no presente caso, diversos estudos apontam que muitas mulheres têm o diagnóstico do HIV, ao realizar os exames pré-natais (BECK *et al.*, 2018; LIMA, S. *et al.*, 2017). No estudo de Stefani, Araújo e

Rocha (2004) além de a maioria das gestantes terem o diagnóstico do HIV no pré-natal, muitas delas iniciaram tardiamente o acompanhamento, estando já no segundo trimestre de gestação.

Ao iniciar o pré-natal, realizou diversos exames, dentre eles o teste rápido para HIV, que foi positivo. Para confirmação do diagnóstico foram realizados o teste de imunoenensaio de 4ª geração e o exame da Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) em tempo real.

Os testes rápidos têm o objetivo de detectar anticorpos, como por exemplo anti-HIV, são realizados facilmente, e em 30 minutos já se tem o resultado (SANTA CATARINA, 2015). O teste de imunoenensaios ou imunoenzimáticos de 4ª geração detectam o antígeno p24 e o anticorpo de HIV-1 (grupos M e O) (BRASIL, 2010b). O exame de quantificação de carga viral de HIV, pode ser realizado pelo método PCR (Reação em Cadeia da Polimerase) em tempo real, além de ser confiável é uma técnica rápida, sendo adequada para identificar diferentes subtipos de HIV-1, monitorar a infecção e também orientar o tratamento (TEIXEIRA, 2009).

Diante do diagnóstico, a participante X passou a ser acompanhada por médico ginecologista especializado e por médico infectologista, disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde. Ressalta-se que o acompanhamento e tratamento da gestante portadora de HIV é garantido pela Rede Cegonha, instituída em 2011, que prioriza o pré-natal de qualidade, oportunizando a realização dos testes rápidos para HIV e outras infecções e assegurando o encaminhamento, quando for o caso, ao centro de referência para atendimento à gestante portadora de HIV/AIDS (UFMA; UNASUS, 2015).

A análise da carga viral é importante para o monitoramento da evolução clínica das pessoas infectadas pelo vírus da AIDS, o estabelecimento do momento ideal para a introdução de terapias com antirretrovirais, bem como a efetividade desse tratamento (BRASIL, 2020). Como já apontado no quadro 1, a carga viral da participante X, no momento do diagnóstico, foi de 7.346 cópias/ml. Sabendo disso, ela começou a terapia antirretroviral (TARV), para combater a progressão do vírus e não ocorrer a transmissão vertical. Após três meses, a paciente realizou um segundo exame, que mostrou uma redução importante no número da carga viral (340 cópias/ml), indicando que a TARV estava sendo eficaz.

A recomendação do Ministério da Saúde é que gestantes portadoras de HIV façam, pelo menos três exames de carga viral durante a gestação, esses devem ocorrer na primeira consulta pré-natal, para conhecimento do grau de viremia, o outro após o início do esquema antirretroviral, dentre quatro a oito semanas após o início, podendo estimar a resposta ao tratamento, o último deve ser realizado a partir da 34ª semana de gestação, sabendo disso, pode-se estabelecer a via de parto, sendo medida profilática da transmissão vertical (BRASIL, 2017). No presente caso, como a paciente descobriu a sorologia positiva para o HIV em janeiro, já no segundo trimestre de gestação, não realizou os três exames de carga viral, como preconizado, fez apenas dois exames antes do nascimento da criança.

Além da carga viral, outro exame importante, principalmente na avaliação inicial, após o diagnóstico, é a contagem de linfócitos T CD4 e CD8. Como já apontado anteriormente, a infecção pelo HIV leva à redução de linfócitos CD4, acarretando alterações no sistema imunológico, que se torna incapaz de combater agentes infecciosos, podendo levar a quadros infecciosos e desenvolvimento de doenças (FREITAS, 2017). No caso da gestante estudada, a contagem de CD4 antes do início do tratamento foi de 755 células/mm<sup>3</sup> (valor de referência no adulto saudável – 300 – 1300 células/mm<sup>3</sup>) e CD8 1031 células/mm<sup>3</sup> (valor de referência no adulto saudável – 100 – 900 células/mm<sup>3</sup>), estando o valor de CD4 dentro do parâmetro da normalidade e CD8 discretamente aumentado (TERRITO, 2018).

Também foi perguntado à participante X se havia sido acometida por algum tipo de doença, ela relatou que não apresentava sintomas que pudessem estar associados à infecção pelo HIV. Quando realizado o exame de quantificação de carga viral do HIV em janeiro (21/01/2020), obteve-se o resultado da carga viral (CV), como já descrito no quadro 1 e também esplanado anteriormente, neste mesmo laudo de exame.

### ***Gestação e puerpério***

As informações gerais acerca da gestação e puerpério estão descritas, resumidamente, no quadro 2.

**Quadro 2 - Informações gerais da gestação e puerpério da participante X**

Consultas e exames pré-natais	Intercorrências no período gestacional	Parto		Puerpério (Amamentação)
		Tipo	Período Gestacional / Data	
Iniciou no 2º trimestre (antes não sabia da gravidez)	Corrimento durante a gestação com cheiro fétido; Sangramento com frequência.	Cesárea	38 semanas e 4 dias (1º maio 2020)	Não amamentou

Fonte: Autoras, 2020.

Como já descrito, a paciente começou a realizar acompanhamento pré-natal no segundo trimestre de gestação, pois foi quando ela descobriu a gravidez. Além dos exames já mencionados, a paciente fez todo acompanhamento e realização dos demais exames que são solicitados, normalmente, para todas as gestantes.

As recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes do Ministério da Saúde, indicam os exames e periodicidade de realização, eles são diversos e tem como objetivo prevenir ou detectar patologias, fetais ou maternas, possibilitando crescimento e desenvolvimento saudável do bebê (BRASIL, 2010b).

A periodicidade mínima recomendada é que durante o pré-natal a gestante faça pelo menos sete consultas, podendo haver maior frequência, até 28 semanas de gestação deve-se realizar mensalmente, entre 28 e 36 semanas, quinzenalmente e após esse período o atendimento é semanal até o dia do parto (BRASIL, 2017).

Durante a gestação, a participante X relatou algumas intercorrências: sangramento com frequência e corrimento com mal cheiro. Esses problemas foram avaliados e tratados pelo médico da ESF e não trouxe consequências para ela ou para o bebê.

Com relação ao parto, esse aconteceu com 38 semanas e 4 dias de gestação. A cesárea estava marcada para dia 05 de maio de 2020, mas no dia 1º de maio a bolsa rompeu e a paciente foi para o hospital. Ao chegar, foi internada e testada para o HIV, após, foi administrado zidovudina (AZT) injetável até o momento do nascimento e corte do cordão umbilical.

O esquema realizado com a paciente X, relatado acima, foi visto em muitas literaturas. As informações vistas seguem um padrão de acontecimentos, as gestantes soropositivas para HIV ao chegarem na maternidade em trabalho de parto devem realizar o teste anti-HIV, usualmente o teste rápido, e já iniciar infusão endovenosa de AZT, até o corte do cordão umbilical, independentemente do esquema antirretroviral utilizado no pré-natal e do nível de carga viral (BRASIL, 2010b).

A partir da 34<sup>a</sup> semana de gestação e já realizado o exame de carga viral, pode-se avaliar e definir a via de parto (GOUVÊA, 2015). Alguns estudos evidenciam que a cesariana eletiva pode reduzir a transmissão vertical do HIV, mesmo paciente possuindo carga viral <1.000 cópias/ml (BRASIL, 2007). Já outras pesquisas mostram que, se a CV está abaixo de 1.000 cópias/ml, em gestantes que utilizam antirretrovirais combinados, a via de parto não demonstrou diferença nas taxas de transmissão (BRASIL, 2010b).

Algumas literaturas descrevem que os principais fatores relacionados à transmissão vertical do HIV é a carga viral elevada e a ruptura prolongada das membranas amnióticas, curta duração de tratamento e parto prematuro (BRASIL, 2007).

No presente caso, o médico após fazer avaliação do caso, optou pelo parto cesárea. É importante ressaltar, também que nas duas gestações prévias da paciente (2016 e 2017), foi realizado o mesmo tipo de parto.

A paciente X não pôde amamentar a bebê, devido ao risco de transmissão vertical. O médico que a acompanhou na gestação a aconselhou, informando sobre os riscos de contaminação ao bebê durante a gestação, parto e amamentação. A amamentação não é indicada, pois é uma via de transmissão adicional ao bebê, com risco de 7 a 22%. No Brasil, até o bebê completar seis meses de idade, poderá receber fórmula láctea infantil. A equipe que acompanha a gestante deve explicar como preparar e salientar demais informações nutricionais (BRASIL, 2010b).

### ***Terapia antirretroviral***

No quadro 3 estão listados os medicamentos antivirais utilizados durante e após a gestação e respectivos efeitos colaterais.

**Quadro 3 – Tratamento da gestante durante e após a gestação.**

<b>TRATAMENTO</b>		<b>Efeitos colaterais</b>
<b>Durante a gestação</b>	Efavirenz (600mg)+Lamivudina (300mg)+Tenofovir (300mg) (3 em 1)	Visão turva/escura, tontura (Apenas no início do tratamento).
<b>Atual</b>	Tenofovir+Lamivudina 300mg+300mg e Dolutegravir sódico 50mg	Emagrecimento, mal-estar, fraqueza, tontura, enjojo.

Fonte: Autoras, 2020.

O tratamento utilizado pela participante X, durante a gestação, foi Efavirenz (EFV) (600mg) + Lamivudina (3TC) (300mg) + Tenofovir (TDF) (300mg), combinação de três formulações em apenas um comprimido, chamado de 3 em 1. No Brasil, desde 1996 esses medicamentos são ofertados gratuitamente pelo SUS (FURINI, 2016).

Todas as gestantes soropositivas deverão utilizar TARV, não importando critério imunológico e clínico e, após o parto, independentemente do número de CD4, continuar o tratamento (BRASIL, 2019b).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) também recomenda o esquema de três antirretrovirais, sendo dois inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos e nucleotídeos (ITRN/ITRNt), juntamente com um inibidor da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeo (ITRNN), sendo, portanto, a combinação de tenofovir (TDF) + lamivudina (3TC) + efavirenz (EFV), uma vez que essa associação apresenta maior comodidade posológica, eficácia, tolerabilidade e maiores taxas de adesão ao tratamento (BRASIL, 2015).

Em 2016 o Sistema de Controle de Exames de Genotipagem (Sisgeno), demonstrou que as mutações de resistência primária ao ITRNN, classe do EFV aumentaram. No ano de 2018 o Protocolo do Ministério da Saúde foi atualizado, incorporando-se no esquema terapêutico, a classe dos inibidores de integrase (INI), sendo, portanto, a recomendação inicial em gestantes de dois ITRN/ITRNt + INI, sendo esses TDF + 3TC + raltegravir (RAL), por serem bem tolerados, não demonstrarem efeitos congênitos e por possuir uma diminuição rápida da CV. No entanto, o esquema com EFV ainda é muito utilizado, pois apresenta segurança de uso durante a gestação. Pesquisas recentes descartaram possíveis defeitos congênitos no primeiro trimestre de gestação (BRASIL, 2019b).

No Brasil, a combinação de TDF+ 3TC + EFV é uma opção para gestantes em início de tratamento e utilizada quando a adesão é uma preocupação. No entanto, devido ao aumento de resistência a essa classe, está recomendado a realização da genotipagem (BRASIL, 2019b). No presente caso, a gestante não realizou o exame de genotipagem, uma vez que a médica infectologista que fazia seu acompanhamento só solicita este exame nos casos de não resposta ao medicamento, de alergias ou de presença de muitos efeitos colaterais que influenciam no tratamento.

Ao receber os antirretrovirais (ARV) a paciente recebeu aconselhamento farmacêutico, enfatizando a importância do uso todos os dias e a posologia, para melhor adesão ao tratamento, o profissional farmacêutico também lembrou a contraindicação da amamentação e sobre relações sexuais desprotegidas.

Um dos maiores desafios para o sistema de saúde é o acesso dos portadores de HIV/AIDS a assistência farmacêutica de qualidade (OLIVEIRA *et al.*, 2002). Com a lei 9.313 de 13 de novembro de 1996 que garante o acesso aos antirretrovirais gratuitamente aos portadores, iniciou-se a partir disso uma grande mudança no contexto de assistência farmacêutica a esses portadores de HIV/AIDS, em que foi criado um sistema logístico que engloba a seleção, programação, aquisição distribuição e uso racional dos medicamentos (BRASIL, 1996 *apud* OLIVEIRA *et al.*, 2002).

Após o parto, até os dias atuais, a TARV utilizada pela paciente é uma combinação de TDF (300mg) + 3TC (300mg) + Dolutegravir (DTG) (50mg). Gestantes que fizeram uso de TDF + 3TC + EFV na gestação, devem trocar o EFV para DTG logo após o fim da gestação. Ressalta-se que a puérpera deverá realizar métodos contraceptivos, uma vez que a DTG pode provocar malformação congênita. (BRASIL, 2019b).

Em relação aos efeitos adversos relatados pela paciente, como mostra o quadro 3, no início do tratamento apresentou visão turva/escuro e tontura, após alguns dias fazendo o uso, os sintomas já não ocorreram. Após a troca da combinação dos antirretrovirais ela também percebeu alguns efeitos como emagrecimento, mal-estar, fraqueza, tontura, enjoo.

Os efeitos adversos relacionados aos antirretrovirais são baixos e não muito frequentes, pode-se dizer que são efeitos leves e moderados, sendo que dificilmente ocorre suspensão do tratamento devido a esses efeitos, até porque a eficácia é superior aos possíveis sintomas apresentados (BRASIL, 2019b).

Após quatro meses de uso da nova terapia (TDF + 3TC + DTG), a paciente realizou novo exame para avaliação da carga viral, cujo resultado foi carga viral indetectável (abaixo de 50 cópias/ml). A médica solicitou que a participante X continue com a TARV, mantenha os cuidados e realize outro exame no mês de novembro.

### **Características clínicas e de desenvolvimento do bebê**

A bebê nasceu pesando 2,450 quilos e 46 centímetros. Logo após o nascimento já iniciou a terapia profilática contra o HIV, sendo prescrito o AZT líquido, de 12/12 horas, por trinta dias. Como relatado pela participante X, durante o uso do AZT a bebê ficava mais agitada e com certa irritação (quadro 4).

O tipo de alimentação usado foi a fórmula láctea infantil, devido à contraindicação da amamentação. A bebê já realizou alguns testes de HIV e todos deram negativo. A criança está se desenvolvendo normalmente, é saudável e não apresenta alteração ou problema de saúde.

**Quadro 4** – Características relacionadas ao bebê.

Peso/altura ao nascimento	Condições clínicas e desenvolvimento após o nascimento	Tipo de alimentação	Resultado do exame de HIV	Tratamento profilático – HIV	
				Medicamento	Efeitos colaterais
2,450 kg/ 46 cm	Não apresentou alterações e/ou problemas de saúde e apresenta desenvolvimento normal	Fórmula láctea	Negativo	AZT líquido de 12/12h por 30 dias	Agitação; irritação.

Fonte: Autoras, 2020.

Dados da literatura condizem com o da paciente, em que após o nascimento, ou no máximo nas primeiras quatro horas, deve ser administrado AZT solução oral ao bebê, mantendo esse tratamento durante quatro semanas de vida. Como já

mencionado, os efeitos adversos são leves a moderados e pouco frequentes tanto em adultos como em crianças, seu benefício é maior que os efeitos adversos, portanto, o tratamento não deve ser interrompido (BRASIL, 2019b).

Em gestantes que usam ARV e mantém níveis de CV < 1.000 cópias/ml, as chances de transmissão vertical são menores que 1% (BECK *et al.*, 2018). Além disso, o uso profilático do AZT no recém-nascido associado à não amamentação reduzem ainda mais essa transmissão (BRASIL, 2007).

### **Considerações Finais**

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) nos últimos anos tem acometido muitas mulheres em idade fértil, acarretando aumento dessa infecção em gestantes e conseqüentemente em crianças. A principal relevância do tratamento dessas mulheres está relacionada ao controle da transmissão vertical.

A infecção pelo HIV costuma ser silenciosa por um tempo, e isso faz com que muitos indivíduos convivam com a doença sem saber, ou então descobrem tardiamente, impactando na saúde e bem-estar.

Visando esse cenário, o caso no presente artigo objetivou identificar as características clínicas da gestante relacionadas ao HIV, descrever fatores e cuidados em relação ao pré-natal, parto e puerpério, descrever o tratamento realizado pela participante durante a gestação e puerpério e por fim apontar as características clínicas e de desenvolvimento do bebê.

Pode-se verificar que as características clínicas da participante, relacionadas ao HIV, demonstram concordância com a literatura, em que o tipo de contágio foi por via sexual, sendo essa a via de maior taxa de transmissão do HIV. O diagnóstico se deu no momento do pré-natal, ao realizar os exames de rotina, o que vem ressaltar a importância da realização do pré-natal pelas gestantes.

Os cuidados para a não transmissão vertical começaram logo após o diagnóstico e continuaram no parto e puerpério, dentre eles o tratamento da gestante e recém-nascido com o TARV, o parto tipo cesárea e não amamentação.

O tratamento farmacológico utilizado pela gestante, segundo o novo protocolo do Ministério da Saúde para prevenção do HIV, atualizado em 2018, não é o de primeira linha, mas continua sendo seguro e eficaz, podendo ser utilizado, após

avaliação médica, sendo recomendado que o médico peça teste de genotipagem, visando o melhor tratamento e buscando resolver possíveis resistências aos ARV.

Foi possível verificar a eficácia de todas as medidas para impedir a transmissão vertical do vírus, uma vez que a criança não possui a infecção pelo HIV e apresenta desenvolvimento normal. Enfatiza-se que todo tratamento e acompanhamento foram feitos pelo Sistema Único de Saúde, com destaque para a Rede Cegonha que prioriza o pré-natal de qualidade e assegura atendimento adequado à gestante portadora de HIV/AIDS.

Para adesão ao tratamento durante e após a gestação, o farmacêutico foi e é o profissional essencial e capacitado, pois presta atenção farmacêutica, ressaltando horários e cuidados na administração, interações e efeitos adversos que possivelmente aparecerão. Nesse pensamento, a adesão à TARV engloba não só a ingestão de medicamentos, mas o comparecimento e realização de consultas e exames solicitados. A assistência de todos os profissionais envolvidos no presente caso, teve como objetivo o controle da carga viral e conseqüentemente, a redução dos riscos da transmissão vertical do HIV, visando melhor qualidade de vida à mãe e ao seu bebê.

O HIV/AIDS ainda não possui cura, é uma doença séria e precisa de acompanhamento constante. Nos últimos anos, os avanços têm possibilitado às pessoas infectadas viver normalmente, sendo que os riscos de morte são baixos, se realizado tratamento. Nesse contexto, espera-se que os achados presentes nesse estudo possam orientar a elaboração de estratégias preventivas e de apoio às gestantes vivendo com HIV, incluindo profissionais capacitados, reforçando cuidados e a importância da TARV para não haver transmissão vertical, além de promover a saúde física e mental da mãe e seu bebê e diminuição de suas vulnerabilidades sociais.

Nesse contexto, espera-se que os achados desse estudo possam orientar a elaboração de estratégias preventivas e de apoio às gestantes vivendo com HIV, incluindo profissionais capacitados, reforçando cuidados e a importância da TARV para não haver transmissão vertical, além de promover a saúde física e mental da mãe e seu bebê e diminuição de suas vulnerabilidades sociais. Além disso, esse artigo pode servir de base para novos estudos acerca desse tema.

## Referências

BECK, S. T. *et al.* Perfil de gestantes em tratamento para a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. **Rev. Epidemiol. Control Infec.**, Santa Cruz do Sul, v. 8, n. 3, p. 210-215, jul. 2018. Disponível em:

[https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-](https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1009952#:~:text=Sendo%20a%20infec%C3%A7%C3%A3o%20pelo%20HIV,ocorreu%20o%20diagn%C3%B3stico%20da%20infec%C3%A7%C3%A3o)

[1009952#:~:text=Sendo%20a%20infec%C3%A7%C3%A3o%20pelo%20HIV,ocorreu%20o%20diagn%C3%B3stico%20da%20infec%C3%A7%C3%A3o](https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1009952#:~:text=Sendo%20a%20infec%C3%A7%C3%A3o%20pelo%20HIV,ocorreu%20o%20diagn%C3%B3stico%20da%20infec%C3%A7%C3%A3o). Acesso em: 27 set. 2020.

BENZAKEN, A. **O que você precisa saber sobre o HIV e a amamentação cruzada**. Brasil: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/o-que-voce-precisa-saber-sobre-o-hiv-e-amamentacao-cruzada>. Acesso em: 20 maio 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 171, de 4 de setembro de 2006**. Dispõe sobre o regulamento técnico para o funcionamento de bancos de leite humano. Ministério da Saúde, Brasília – DF, 4 set. 2006a. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0171\\_04\\_09\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0171_04_09_2006.html).

Acesso em: 26 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Rede Nacional de Laboratórios de Carga Viral do HIV**. Brasília – DF: Ministério da Saúde. 2020. Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/pt-br/profissionais-de-saude/monitoramento-da-infeccao-pelo-hiv-hiv/rede-nacional-de-laboratorios-de-carga>. Acesso em 13 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília – DF, 2006b.

Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd18.pdf>. Acesso em: 23 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim epidemiológico HIV/AIDS**. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hivaids-2019>.

Acesso em: 26 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

**Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília – DF, 2019b. Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>. Acesso em: 27 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para**

**prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais.** Brasília – DF, 2015. Disponível em: [http://subpav.org/download/prot/pcdt\\_transm\\_vertical\\_091215\\_pdf\\_12930.pdf](http://subpav.org/download/prot/pcdt_transm_vertical_091215_pdf_12930.pdf). Acesso em: 28 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV.** Brasília – DF, 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_diagnostico\\_infeccao\\_hiv.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_diagnostico_infeccao_hiv.pdf). Acesso em: 26 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo de assistência farmacêutica em DST/HIV/AIDS.** Brasília – DF, 2010a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_assistencia\\_farmaceutica\\_aids.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_assistencia_farmaceutica_aids.pdf). Acesso em: 21 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes.** Brasília – DF, 2010b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2010/recomendacoes-para-profilaxia-da-transmissao-vertical-do-hiv-e-terapia-antirretroviral-em>. Acesso em: 03 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes.** Brasília – DF, 2007. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes\\_profilaxia\\_hiv\\_antiretroviral\\_gestantes.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_profilaxia_hiv_antiretroviral_gestantes.pdf). Acesso em: 04 maio 2020.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de atenção integral à saúde. Comissão permanente de protocolos de atenção à saúde. **Atenção à saúde da mulher no pré-Natal, puerpério e cuidados ao recém-nascido.** Brasília – DF, 2017. Disponível em: [http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/3-Atencao\\_a\\_Saude\\_da\\_Mulher\\_no\\_Prenatal\\_Puerperio\\_e\\_Cuidados\\_ao\\_Recem\\_nascido.pdf](http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/3-Atencao_a_Saude_da_Mulher_no_Prenatal_Puerperio_e_Cuidados_ao_Recem_nascido.pdf). Acesso em: 25 set. 2020.

COSTA FILHO, C. F. F.; CAMARGO, A. Q. de; COSTA, M. G. F. Sistema baseado em conhecimento para suporte à atenção farmacêutica de pacientes portadores do vírus HIV. **Rev. Bras. Eng. Bioméd.**, Manaus, v. 21, n. 2-3, p.131-142, 2005. Disponível em: <http://host-article-assets.s3-website-us-east-1.amazonaws.com/rbeb/5889fb795d01231a018b4648/fulltext.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2020.

FARIA, E. R. *et al.* Gestação e HIV: Preditores da adesão ao tratamento no contexto do pré-natal. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 30, n. 2, p. 197-203, abr./jun. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ptp/v30n2/09.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2020.

FÉLIX, G.; CEOLIM, M. F. O perfil da mulher portadora de HIV/AIDS e sua adesão à terapêutica antirretroviral. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 884-891, ago. 2012. Disponível em:

[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000400015&lng=en&nrm=iso](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000400015&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 07 abr. 2020.

FRANÇA, F. S. Viroses emergentes e reemergentes. *In*: FRANÇA, F. S.; LEITE, S. B. **Micologia e virologia**. Porto Alegre: SAGAH, 2018, cap. 2, p. 79-80.

FREITAS, K. **Como o vírus HIV age no organismo humano**. Moema – SP, 2017. Disponível em: <https://www.drakeillafreitas.com.br/como-o-virus-hiv-age-no-organismo-humano/>. Acesso em: 19 maio 2020.

FURINI, A. A. da C. *et al.* HIV/AIDS: relação dos níveis de linfócitos tcd4+ e carga viral com o tempo de diagnóstico. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 23, n. 4, p. 95-98, out./dez. 2016. Disponível em:

<https://patua.iec.gov.br/bitstream/handle/iec/2474/HIV/AIDS%20%3a%20rela%20%3a%207%20dos%20n%20adveis%20de%20linf%20citos%20tcd4%20e%20carga%20viral%20com%20o%20tempo%20de%20diagn%20stico.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 25 set. 2020.

GOUVÊA, A. do N. Ações recomendadas para prevenção da transmissão vertical do HIV. **Rev. Hosp. Univers. Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 78-86, abr./jun. 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/18443/14341>. Acesso em: 26 set. 2020.

KONOPKA, C. K. *et al.* Perfil clínico e epidemiológico de gestantes infectadas pelo HIV em um serviço do sul do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 184-190, abr. 2010. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n4/v32n4a06.pdf>. Acesso em: 22 set. 2020.

LIMA, C. T. D. de *et al.* Manejo clínico da gestante com HIV positivo nas maternidades de referência da região do Cariri. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 468-476, set. 2010. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a06.pdf>. Acesso em: 22 set. 2020.

LIMA, S. K. S. S. de *et al.* Caracterização das gestantes com HIV/AIDS admitidas em hospitais de referência. **SANARE**, Sobral, v. 16, n. 1, p. 45-51, jan./jun. 2017. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1093>. Acesso em: 07 abr. 2020.

MANFREDI, A. K. da S. *et al.* Triagem auditiva neonatal em recém-nascidos de mães soropositivas para o HIV. **J. Soc. Bras. Fonoaudiol.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 376-380, dez. 2011. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/jsbf/v23n4/v23n4a14.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2020.

MENEZES, L. do S. H. *et al.* Prevalência da infecção por HIV em grávidas no norte do Brasil. **J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 24, n. 4, p. 250-254, 2012. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista24-4-2012/6-Prevalencia%20da%20Infeccao%20por%20HIV%20em%20Gravidas.pdf>. Acesso em: 19 maio 2020.

OLIVEIRA, M. A. *et al.* Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1429-1439, out. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v18n5/11016.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2020.

SANTA CATARINA. Secretaria do Estado da Saúde. **Testes rápidos para o diagnóstico da infecção pelo HIV e para a triagem das hepatites B e C e da sífilis**. Florianópolis – SC, 2015. Disponível em: [http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/dst\\_aids/publicacoes/Teste-Rapido-Lacen.pdf](http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/dst_aids/publicacoes/Teste-Rapido-Lacen.pdf). Acesso em: 23 set. 2020.

SANTOS, R. C. S. dos; SOUZA, M. J. A. de. HIV na gestação. **Estação Científica (UNIFAP)**, Macapá, v. 2, n. 2, p. 11-24, jul./dez. 2012. Disponível em: <https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/view/535>. Acesso em: 26 mar. 2020.

STEFANI, M; ARAÚJO, B. F.; ROCHA, N. M. P. Transmissão vertical do HIV em população de baixa renda do sul do Brasil. **J. Bras. Doenças Sex. Transm.** Caxias do Sul, v. 16, n. 2, p. 33-39, 2004. Disponível em: <http://ole.uff.br/wp-content/uploads/sites/303/2018/01/r16-2-2004-6.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2020.

TEIXEIRA, D. **Otimização de técnica de PCR em tempo real para detecção das regiões pol e env dos subtipos B e F de HIV-1 e triagem de seus recombinantes**. 2009. 143 p. Dissertação (Mestrado em Infectologia- EPM) - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, 2009. Disponível em: <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/9894>. Acesso em: 24 set. 2020.

TERRITO, M. **Linfocitopenia**. Los Angeles – CA: UCLA, 2018. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/hematologia-e-oncologia/leucopenias/linfocitopenia?query=cd4>. Acesso em: 16 out. 2020.

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS. **Folha de dados - Estatísticas mais recentes sobre a situação da epidemia de AIDS**. Brasília – DF:UNAIDS, 2019. Disponível em: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>. Acesso em: 27 abr. 2020.

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS. **OMS valida eliminação da transmissão de mãe para filho do HIV e da sífilis em Cuba**. Brasília – DF: UNAIDS, 2015. Disponível em: [https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2017/07/2015\\_06\\_30\\_Elimina%C3%A7%C3%A3o\\_Transmissao\\_Vertical\\_Cuba\\_Final.pdf](https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2017/07/2015_06_30_Elimina%C3%A7%C3%A3o_Transmissao_Vertical_Cuba_Final.pdf). Acesso em: 19 maio 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. **Redes de atenção à saúde**: a Rede Cegonha. São Luís: UFMA/UMA-SUS, 2015.43p.

VIELMO, L. *et al.* Atenção farmacêutica na fase inicial de tratamento da AIDS como fator importante na adesão aos antirretrovirais. **Rev. Bras. Farm.**, Santa Maria, v. 95, n. 2, p. 617-635, 2014. Disponível em: <http://www.rbfarma.org.br/files/646-Atencao-farmaceutica-na-fase-inicial-de-tratamento-da-AIDS-como-fator-importante-na-adesao-aos-antirretrovirais--FINAL.pdf>. Acesso em: 04 maio 2020.

**Dados para contato:**

**Autor:** Ana Paula Bazo

**E-mail:** apabazo@gmail.com