

A ODONTOLOGIA NO SISTEMA PRISIONAL DO DISTRITO FEDERAL

Larissa Martins Rodrigues – Universidade Católica de Brasília – larissamrodrigues@hotmail.com,

Tássio Fernandes da Cunha – Universidade Católica de Brasília tassiofc@gmail.com,

Ruth da Conceição Costa e Silva Sacco - Universidade Católica de Brasília -

ruth.sacco1@gmail.com.

Palavras-chave: Direito à Saúde, Saúde Bucal, Prisões e Sistema Único de Saúde.

Introdução:

A saúde é um direito fundamental do ser humano e é dever do Estado a criação e execução de políticas sociais e econômicas com serviços que objetivem a prevenção, proteção e recuperação de doenças e outros agravos, assim como assegurar acesso gratuito e universal (BRASIL, 1990).

Segundo dados do Departamento Penitenciário Nacional (DPN), de Junho de 2014, o número de vagas dos presídios brasileiros não tem aumentado na mesma proporção que o crescimento da população prisional². Apesar do número de vagas dos presídios ter quase triplicado no período do ano 2000 a 2014, o déficit de vagas mais do que dobrou e no último levantamento foi de 231.062, sendo justificado pela tendência de crescimento exponencial da população prisional (BRASIL, 2014).

Em decorrência disso, são observadas superlotação das celas, condições insalubres, má alimentação, dependência de drogas lícitas e ilícitas, que são fatores contribuintes para disseminação de doenças contagiosas, sendo as mais comuns tuberculose, pneumonia, hepatites e doenças sexualmente transmissíveis em geral (ASSIS, 2007). No que diz respeito à Odontologia, os serviços oferecidos no sistema prisional consistem, basicamente, em tratar a dor dos indivíduos com extrações dentárias (ASSIS, 2007).

Entende-se como pessoas privadas de liberdade aquelas maiores de 18 (dezoito) anos que estão sob a custódia do Estado, em caráter provisório ou sentenciadas para cumprimento de pena privativa de liberdade ou medida de segurança (BRASIL, 1941). Nesse contexto, observa-se que os problemas decorrentes da situação de confinamento não eram objeto de ações e políticas de saúde que visassem a redução dos agravos e danos causados pela vida intramuros (TETZNER, 2012). Devido à necessidade de uma política específica para essa população, em 2003, o Ministério da Saúde, juntamente com o Ministério da Justiça, elaborou o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) com base nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2003). Segundo o Plano, as equipes de saúde, associadas a redes assistenciais de saúde, têm como competências fundamentais planejamento das ações, saúde, promoção e vigilância e trabalho

interdisciplinar em equipe (BRASIL, 2003). Porém, as cadeias públicas (BRASIL, 2005) e distritos policiais não eram contempladas com as ações realizadas, pois o Plano não abrangia todo o itinerário carcerário e, assim, em 2014 foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) com o objetivo de preencher as lacunas deixadas pelo antigo plano e reforçar a importância da melhora na qualidade de vida dos presos (BRASIL, 2012).

A proposta da PNAISP é, a partir da formação de equipes multidisciplinares, atender integralmente o indivíduo privado de liberdade (BRASIL, 2014). Os beneficiários da política são as pessoas que se encontram sob custódia do Estado ou em medida de segurança, para este último, em casos de tratamento em ambiente ambulatorial, serão assistidos nos serviços da rede de atenção à saúde, assim como as pessoas custodiadas nos regimes semiaberto e aberto (BRASIL, 2014). Para tal, todas as Equipes de Atenção Básica são compostas, no mínimo, por 1 (um) cirurgião-dentista, 1 (um) enfermeiro, 1 (um) médico, 1 (um) técnico de enfermagem/auxiliar de enfermagem e 1 (um) técnico de higiene bucal/auxiliar de saúde bucal (BRASIL, 2014). A atenção básica oferecida pela equipe tem como fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, efetivar a integralidade das ações promovidas, desenvolver relações de vínculo da equipe com a população registrada, realizar acompanhamento e avaliação dos resultados obtidos, estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2006). Na odontologia, compreende as ações de promoção da saúde bucal por meio da reabilitação oral, do diagnóstico precoce de certas doenças sistêmicas a partir do exame das manifestações orais destas, promover ações educativas que forneçam a autonomia dos usuários a fim de torná-los capazes de conduzir seus hábitos e terem controle sobre o processo saúde-doença bem como a prevenção ao uso do álcool e fumo (TETZNER, 2012)

A saúde penitenciária é discutida mundialmente e, apesar do aumento de trabalhos científicos publicados da década de 1990 para a de 2000, há a necessidade da produção de estudos específicos nesta área visando contribuir com práticas que possam se tornar recursos, bases e estratégias para o aprimoramento do cuidado da saúde das pessoas privadas de liberdade (GOIS, 2012).

Assim, esse estudo objetiva conhecer a organização e o funcionamento da atenção odontológica no sistema prisional do Distrito Federal, apresentando panorama acerca do quantitativo de profissionais e dos serviços e ações oferecidos.

Material e métodos:

Foi feito estudo transversal descritivo, com dados secundários, de 2000 a 2015, provenientes do Sistema Integrado de Informações Penitenciárias (InfoPen) e da Gerência de Saúde do Sistema Prisional da Secretaria de Estado de Saúde do DF. Esses dados são de acesso público, dispensando prévia aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Os dados secundários da atenção odontológica nos presídios do Distrito Federal foram cedidos pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), por meio da Gerência de Saúde Prisional, compreendendo informações de 2011 a 2016 referentes a: quantitativo e especialidades dos profissionais da odontologia; estrutura, serviços e ações oferecidos à população privada de liberdade; procedimentos realizados nos diferentes níveis de atenção e a produtividade da equipe da odontologia.

A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio das bases de dados da *Scientific Library on Line* (SciELO) e da Literatura da América Latina e Caribe (LILACS), utilizando os descritores: direito à saúde, saúde bucal, prisões e sistema único de saúde. Além disso, também foram consultadas as publicações oficiais do Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Sistema de Informações Penitenciárias (INFOPEN) para obtenção de informações acerca das políticas, programas e ações desenvolvidos nessa área de atuação.

Os dados foram consolidados e tabulados em planilha eletrônica, utilizando-se o programa Excel 2014, da *Microsoft Office*®. Os dados foram analisados com base na estatística descritiva.

Resultados e discussão:

Segundo a Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios do Distrito Federal (PDAD-DF) de 2013, da Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN), o número de habitantes do DF era de 2.786.684. Em relação à criminalidade, a PDAD/2013 “Segurança” indicou que 92,83% não sofreram qualquer tipo de violência das elencadas na pesquisa: residência roubada, roubo e tentativa de homicídio. Entre os que declararam, o roubo esteve em primeiro lugar, com 45,48% dos registros, seguido pelo furto sem violência ou grave ameaça, 35,52%. Quanto ao local da violência, predominaram as sofridas na cidade em que residem, 62,95%, seguidos pela sofrida na residência, 26,87% (BRASIL, 2013).

O Sistema Penitenciário do DF atualmente conta com 6 (seis) unidades prisionais, com 15.318 internos (até setembro de 2016), segundo dados da Subsecretaria do Sistema Penitenciário do Distrito Federal (SESIPE). Destas unidades, uma é para a população feminina, onde se encontra a Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP), com alas separadas para internos do sexo masculino e do

sexo feminino (PAZ, 2014), e as outras 5 (cinco) para masculina. A Tabela 1 apresenta essas unidades e respectivas quantidades de internos até setembro de 2016.

Tabela 1. Unidades prisionais do DF e seus respectivos números de internos, setembro/2016.

Unidade Prisional	Público Alvo	Número de Internos (n)
Penitenciária Feminina do Distrito Federal (PFDF)	Feminino	781
Penitenciárias do Distrito Federal (PDF I)	Masculino	3.291
Penitenciárias do Distrito Federal (PDF II)	Masculino	3.165
Centro de Progressão Penitenciária (CPP)	Masculino	1.600
Centro de Internamento e Re-educação (CIR)	Masculino	2.193
Centro de Detenção Provisória (CDP)	Masculino	4.288
Total		15.318

Fonte: SESIPE, 2016

Segundo o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN), em dezembro de 2014, a população prisional do DF era distribuída, em relação a raça e cor, em 81,69% de negros, 17,54% de brancos, 0,69% de amarelos, 0,07% de índios e outros 0,01%. No Brasil, as pessoas estão concentradas na faixa etária acima de 35 anos, enquanto a população prisional é, em sua maioria, de jovens entre 18 e 29 anos. No DF a distribuição percentual da população por faixa etária foi de 26,95% no grupo de 18 a 24 anos; 26,41% de 25 a 29 anos; 20,28% de 30 a 34 anos e 26,36% com 35 anos ou mais. Diferentemente do Distrito Federal e das outras Unidades Federativas, os estados do Rio Grande do Sul, Amapá, Roraima, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul apresentam população mais velha que a média (BRASIL, 2014).

O DF conta com duas ambulâncias simples, sem equipamentos para suporte básico de vida: uma para o CPP e outra para a PFDF. Em ambos os casos, são utilizadas apenas para remoções noturnas, finais de semana e/ou quando há necessidade de o interno ser acomodado em decúbito. Em situações emergenciais, o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) é acionado e, geralmente, atende com prontidão (Informação verbal¹).

¹ Informações fornecidas pela Gerência de Saúde Prisional, em 30 de setembro de 2016.

Em relação aos prontuários médicos dos internos, quando estes são transferidos de uma unidade prisional para outra, os prontuários devem acompanhá-los, porém ainda não acontece sempre, e é necessário que a equipe de saúde o solicite à unidade de origem (Informação verbal²). Para Cardoso (2006), esse tipo de falha processual, do não acompanhamento do prontuário ao interno, quando de sua transferência, ou quando as informações nele contidas são escassas, a atenção à saúde fica comprometida, haja vista dificuldade no diagnóstico e no tratamento das doenças.

Em situações que envolvem atendimento de alta complexidade e/ou urgências, e os atendimentos não podem ser realizados na unidade prisional, internos são encaminhados para serviços de saúde de referência. Por exemplo, os casos de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, são levados para o Hospital de Base do Distrito Federal; os de Cirurgia Geral, Clínica Médica, Dermatologia, Queimaduras, Angiologia e Gastroenterologia, para o Hospital Regional da Asa Norte. Já para o Hospital do Paranoá são encaminhados os casos de Ortopedia e, também, Cirurgia Geral; enquanto que as urgências psiquiátricas vão para o Hospital São Vicente de Paulo (Informação verbal³).

A contratação das Equipes Multidisciplinares no Sistema Prisional do DF ocorreu no início do ano 2004, após a implantação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP). Anteriormente às Equipes, os serviços de saúde eram realizados por profissionais de saúde voluntários e contratados.

Considerando a população das unidades prisionais do DF e o parâmetro dado pela Portaria nº. 482/2014, a quantidade de cirurgiões-dentistas (CD) e de técnico/auxiliar de saúde bucal (TSB/ASB) em função do número de custodiados, deve seguir a tabela de composição do serviço habilitado disposta em seu anexo V. Entretanto, nem sempre esse quantitativo de profissionais segue os dispostos na legislação, conforme pode ser visto na Tabela 2.

Observa-se que há déficit de profissionais de saúde bucal na PDF II, no CPP e no CDP. Apenas na PFDF o número de profissionais lotado é maior que o previsto, e na PDF I e CIR o lotado e o previsto atingem o mesmo número. À época do levantamento, integravam o quadro 13 dentistas, sendo que um deles com a especialidade de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial atende a todas unidades prisionais, de acordo com a demanda, e 11 profissionais auxiliares, numa proporção inferior ao preconizado na legislação que, em 2015, realizaram 3.773 consultas odontológicas e 12.373 procedimentos (Informação verbal³).

² Informações fornecidas pela Gerência de Saúde Prisional, em 30 de setembro de 2016.

³ Informações fornecidas pela Gerência de Saúde Prisional, em 06 de setembro de 2016.

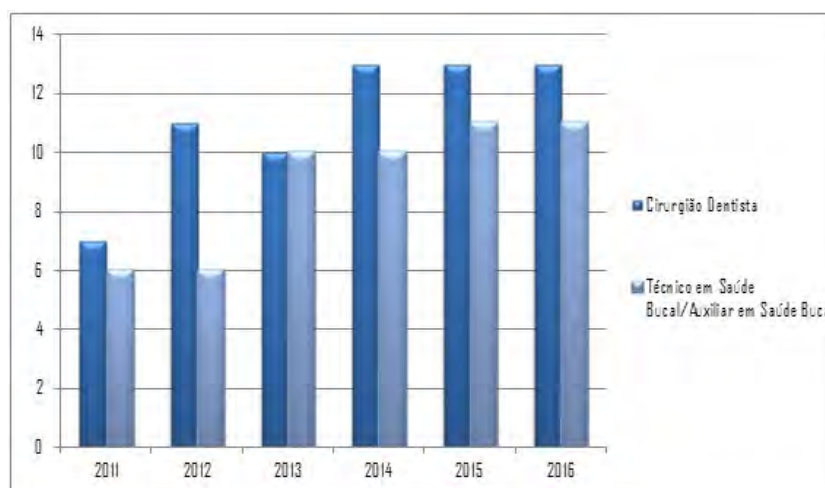
Tabela 2. Número de profissionais de saúde previstos e número de profissionais de saúde bucal lotados por unidade prisional, no Distrito Federal, 2016.

Unidade Prisional	Número de Dentistas (n)		Número de TSB/ASB (n)	
	Previsto	Lotado	Previsto	Lotado
Penitenciária Feminina do Distrito Federal (PFDF)	1	2	1	2
Penitenciárias do Distrito Federal (PDF I)	3	3	3	3
Penitenciárias do Distrito Federal (PDF II)	3	2	3	2
Centro de Progressão Penitenciária (CPP)	2	1	2	1
Centro de Internamento e Re-educação (CIR)	2	2	2	2
Centro de Detenção Provisória (CDP)	4	2	4	1
Total	15	12	15	11

Fonte: Gerência de Saúde Prisional, 2016.

Quanto à evolução destes profissionais ao longo dos últimos 5 anos observa-se que houve um incremento de 85,7% de CD e 83,3% de TSB/ASB de 2011 para 2016, saltando de 7 (sete) CD para 13 (treze) e de 6 (seis) TSB/ASB para 11, respectivamente. Entretanto, de 2014 a 2016, este aumento praticamente não ocorreu, conforme Gráfico 1. Segundo informações da Gerência de Saúde Prisional do DF, esse aumento até seria possível de forma a atender ao disposto na legislação, desde que houvesse escolta policial adequada para acompanhar os atendimentos odontológicos (Informação verbal⁴)

Gráfico 1. Quantitativo de Profissionais de Saúde Bucal por Unidade Prisional do Distrito Federal, 2016.



Fonte: Gerência de Saúde Prisional (SES/DF), 2016.

⁴ Informações fornecidas pela Gerência de Saúde Prisional, em 30 de setembro de 2016.

Dentre as limitações desse estudo, destaca-se o fato da quantidade de informações verbais e/ou fornecidas por meio de mensagens eletrônicas, haja vista inexistência de um sistema de informação na Secretaria de Saúde do DF que contemple o registro dessas informações. Isso configura um viés de informação, onde é possível ocorrência de distorções decorrentes da falta de sistematização na captação dos dados (MEDRONHO, 2008).

Conclusão:

Constatou-se que a quantidade de cirurgiões-dentistas e técnicos/auxiliares em saúde bucal é adequada apenas em 3 unidades prisionais, das seis existentes no Distrito Federal. As especialidades dos 13 (treze) CD não foram informadas pela Gerência de Saúde Prisional, e há apenas 1 (um) Cirurgião Bucomaxilofacial. Porém, aumentar a quantidade de CD e TSB/ASB não será suficiente se não houver policiais disponíveis para escolta durante o atendimento.

O tema “pessoas privadas de liberdade” tem recebido atenção sobretudo quanto aos direitos humanos, entretanto, ainda há pouca literatura em saúde que descreva o funcionamento dos serviços odontológicos, o que demonstra necessidade de envolvimento de profissionais da odontologia e a criação de uma base de dados integrada que oportunize acesso seguro e fidedigno para produção de informações, como por exemplo os procedimentos e ações de saúde bucal realizados e as necessidades odontológicas dos internos, além de colaborar para o aprimoramento do cuidado à saúde desta população.

Referências:

1. ASSIS, Rafael Damaceno de. A Realidade Atual do Sistema Penitenciário Brasileiro. **Revista Cej**, Brasília, v. 11, p.74-78, out./dez., 2007.
2. BRASIL. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Brasília, DF; 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnaisp.php>> Acesso em: 25 de maio de 2016
3. BRASIL. Departamento Penitenciário Nacional. Censo das unidades prisionais e dados agregados. Disponível em: < <http://dados.gov.br/dataset/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias1/resource/5652dceb-d81a-402f-a5c8-e4d9175241f5>> Acesso em: 11 de jun. de 2016.

4. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF; 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 25 de mar. 2016
5. BRASIL. Ministério da Justiça. Levantamento de informações penitenciárias INFOPEN – JUNHO DE 2014. Brasília, Junho, 2014.
6. BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Justiça. Portaria Interministerial n.º 1.777, de 9 de setembro de 2003. Dispõe sobre o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP). Brasília, 2003.
7. BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Justiça. Portaria Interministerial n.º 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF; 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html> Acesso em: 15 de abr. de 2016.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 482, de 1º de abril de 2014. Institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482_01_04_2014.html Acesso em: 15 de abr. de 2016
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Cadernos de Atenção Básica, n. 17. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
11. BRASIL. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. Brasília, DF; 1941. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del3689.htm> Acesso em: 25 de maio 2016.

12. BRASIL. Secretaria de Estado de Planejamento e Orçamento do Distrito Federal. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – Distrito Federal - PDAD/DF 2013. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/pesquisa_socioeconomica/pdad/2013/Pesquisa%20PDAD-DF%202013.pdf> Acesso em: 15 de jun. de 2016.
13. CARDOSO, M. A cidadania no contexto da Lei de Execução Penal: o (des)caminho da inclusão social do apenado no Sistema Prisional do Distrito Federal. Brasília. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade de Brasília; 2006.
14. GOIS, S. et al. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1235-1246, 2012.
15. JULIO JOCOBO WASELFSZ. Mapa da Violência 2014: Os jovens do Brasil. Disponível em: < http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil_Preliminar.pdf> Acesso em: 14 abr. de 2016.
16. MEDRONHO, R. A.; BLOCH K. V. **Epidemiologia**: 5. ed. São Paulo: Editoria ATHENEU, 2008
17. PAZ, Ana Clara Magalhães Coelho Ávila. **Os direitos humanos conferidos aos internos em Ala de Tratamento Psiquiátrico do Distrito Federal submetidos a medida de segurança**, 2014. Monografia (Graduação em Bacharelado em Direito) – Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2014.
18. TETZNER, Enzo et al. Odontologia no Sistema Penal. **RFO**, Passo Fundo, v. 17, n. 3, p. 360-364, set/dez., 2012.

PERCEPÇÃO DA AUTOIMAGEM EM MULHERES ADEPTAS À CIRURGIA BARIÁTRICA

Ana Luisa Amaral Vitorino, Universidade Católica de Brasília, analuisa.amaralv@gmail.com

Priscila Dos Santos Farias, Universidade Católica de Brasília, prifarias29@gmail.com

Isabela Parente Quadrelli, Universidade Católica de Brasília, isabelaparente@gmail.com

Introdução:

O corpo é uma instância constituída por dimensões que vão além da natureza biológica e psíquica. É construído historicamente durante toda a vida dos seres humanos através do conjunto de dimensões sociais, culturais, contextuais e representações simbólicas. Ou seja, é produzido na lógica indivíduo e sociedade (Novaes, 2013). É por meio do corpo que nos apresentamos ao mundo, atuamos e nos relacionamos de maneira singular com aquilo que está em nossa volta e conosco mesmos. Nesse sentido, é possível observar que o corpo transcende a subjetividade e exprime também uma linguagem social, evocando aquilo que é aprendido culturalmente. Sendo assim, a percepção do corpo é modificada conforme a experiência cultural de cada sociedade e indivíduo, servindo à manutenção do que é posto e mantido como padrão. O corpo feminino, que há tempos é atribuído à imagem de beleza, juventude e fertilidade, é o que mais sofre com a cultura do belo que o padroniza, sexualiza e submete as mulheres a buscar padrões quase sempre inatingíveis. A associação dos elementos corpo, mulher e padrão, faz com que a beleza assuma valor social e cobra que as mulheres se adequem ao que é pré-estabelecido. Com isso, aquelas que se distanciam do domínio do corpo magro e definido têm seus corpos estereotipados, associados a características negativas como desleixo, preguiça, falta de disciplina ou persistência e baixa autoestima (Dantas, 2011; Veras 2010). Portar excesso de gordura, numa sociedade moldada por padrões de beleza rígidos e que não representam a maioria da população brasileira, implica estar à margem e passível de estigmatização. A obesidade, assim, assume lugar de uma das formas mais radicais de exclusão e, por isso, ser gordo pode significar ser marginal. É neste cenário que a ditadura estética e a indústria mercadológica da beleza propõem inúmeras práticas de intervenções corporais para a obtenção do corpo tido como ideal, do exercício físico até os procedimentos cirúrgicos como a cirurgia bariátrica. Compreender a experiência das mulheres diante deste cenário faz-se importante para a elaboração de intervenções voltadas para a crítica dos padrões sociais impostos e cuidado para com aquelas que já foram penalizadas social ou psiquicamente por suas existências fora do

padrão. Desse modo, a presente pesquisa teve como objetivo analisar a percepção da autoimagem de mulheres adeptas à cirurgia bariátrica.

Material e Métodos:

Foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas com seis mulheres, com idades entre 25 e 37 anos. Três mulheres já haviam se submetido à cirurgia há pelo menos seis meses e no máximo dois anos. E três participantes estavam aguardando para a realização do procedimento entre dois e seis meses. Os relatos e experiências das mulheres foram analisados por meio da análise de conteúdo. O primeiro passo dessa análise consistiu na pré-análise dos dados, em que foi feito o contato com o material coletado por meio da leitura flutuante dos relatos, o que permitiu às pesquisadoras apreender as ideias globais, os significados gerais e os contextos presentes e a invadirem-se de impressões e representações, sem obedecer a uma sistematização. A pré-análise foi a fase de organização do material, que buscou delinear o plano de análise com a intenção de estruturar o *corpus* do trabalho como um todo. O segundo passo foi definir as unidades de análise, que foram elaboradas de acordo com as categorias e subcategorias levantadas, numa inter-relação entre as perguntas e os objetivos da pesquisa com aportes teóricos e intuitivos do pesquisador. Em seguida, partiu-se para o passo de categorização e subcategorização que consiste em classificar os elementos que constituem um conjunto, por diferenciação seguida de reagrupamento baseado em afinidades e aproximação temática, a partir dos critérios estabelecidos. Aqui as categorias foram formuladas de forma não apriorística, ou seja, foram formuladas a partir do que emergiu de conteúdo presente no material de análise conjuntamente com o aporte teórico e intuitivo das pesquisadoras. Por fim, foi realizada a interpretação e análise dos dados.

Resultados e Discussão:

As categorias que emergiram da análise das entrevistas das colaboradoras da presente pesquisa evidenciaram uma corporeidade aprisionada à própria imagem. Para as mulheres entrevistadas, a autoimagem se configura na forma como elas se percebem e os aspectos envolvidos nessa construção. Com isso, para a criação dessa categoria foram considerados os relatos que descrevessem diretamente como as participantes se vêem e se sentem. Nesse sentido, elas afirmam não haver um corpo esteticamente considerado como ideal. O ideal na visão delas é o corpo com saúde, com o qual se sintam bem e satisfeitas, evidenciando tanto a saúde como o bem estar com o espelho, embora inicialmente não tenham ressaltado aspectos estéticos na definição do corpo ideal. Os discursos sociais depreciam e perpetuam o corpo obeso como inadequado, simbolizando-o com

aspectos negativos. Ao falarem da obesidade, as participantes abordam a diminuição da funcionalidade corporal, a presença de dores, constrangimento em espaços públicos, por enfrentarem dificuldades com tamanhos de assentos, desconforto, julgamentos e, por vezes, humilhações. Dessa forma, há uma oposição ao corpo gordo também pelas mulheres desta pesquisa, evidenciando que o corpo que traz felicidade é o corpo não gordo. Nesse sentido, à despeito do relato sobre a não existência de um corpo ideal esteticamente, quando relatam sobre o corpo considerado como saudável e produtor de satisfação e bem-estar pessoal, o corpo obeso não tem espaço. Ainda, quando relatam aspectos referentes à saúde, elas retornam aos elementos relacionados à estética, que abrangem características do ideal padronizado como aversão à gordura associada ao preconceito, baixa autoestima e sofrimento psicológico. Assim, abordam as vestimentas e o comércio de roupas como instrumentos de diferenciação e padronização, já que são direcionados em larga escala ao corpo magro. Isso implica que estar magra é estar ajustada, “servindo” nas roupas comercializadas e, literalmente, na sociedade que as consomem. Sendo assim, a saúde, o bem-estar e a satisfação são consequências do mecanismo de emagrecimento que as ajustam ao padrão. Mais uma vez, o corpo gordo não aparece como sinônimo de bem-estar e satisfação psicológica aproximando cada vez mais o corpo magro do corpo ideal. O relato das mulheres evidencia que suas identidades se conceberam por meio da imagem corporal e esta, quando fora do que é tomado como referência social, causa inquietação, em que olhares, julgamentos e preconceitos reduzem-nas à sua imagem somente (Veras, 2010). Deste modo, ao explorar a obesidade, as participantes trazem a experiência desse corpo carregado de sentimentos negativos, tais como: insatisfação, horror, baixa autoestima, vergonha, sofrimento, não reconhecimento de si e incômodos com o olhar e a fala de terceiros. No entanto, quando há mero sinal de ajustamento (com a expectativa pela cirurgia) ou o ajustamento em si (realização da cirurgia), há transformação na forma de se conceberem, como se retomassem ao âmbito da ordem e acalmassem a inquietação social que as estereotipam. Desse modo, outra categoria que emergiu da análise das entrevistas relaciona-se ao emagrecimento como “tratamento” definitivo para a relação conflituosa que possuem com seus corpos. Mais do que proporcionar acessibilidade, redução de dores, ajustamento de índices hormonais e glicêmicos ou equilíbrio da pressão arterial, a cirurgia materializa o ajustamento corporal, logo, existencial dessas mulheres (Tavares; Nunes e Santos, 2010). Somente a expectativa por esses resultados já produz nas participantes um conforto por saber que em breve voltarão a se sentir bem consigo mesmas ou terão essa sensação pela primeira vez. Nesse contexto, a magreza foi considerada por uma das mulheres à espera pela cirurgia como a cura de suas dificuldades psicológicas, evidenciando o qual intensa e profunda é a expectativa quanto

aos resultados da cirurgia (Marchesini, 2010). Uma das participantes, que apresentou um discurso diferenciado em relação às demais, foi a que demonstrou maior esclarecimento frente aos resultados da cirurgia e melhor relacionamento com seu corpo obeso. Ela, diferente das demais participantes, valida sua existência obesa no mundo, legitimando-a. A cirurgia se faz necessária pelas dores e problemas de saúde que passou a apresentar em decorrência do excesso de peso. Se persistisse sem dores e saudável, a cirurgia não seria cogitada. Seu relato evidencia a importância da discussão, esclarecimento e emancipação individual quanto aos padrões sociais impostos. Ainda, o papel das redes sociais (família, escola, entidades de saúde, etc) na interrupção, revisão e crítica dessas imposições, contribuindo para o desenvolvimento de crianças, adolescentes e adultos mais satisfeitos com suas imagens corporais, à despeito do peso. No entanto, das seis mulheres entrevistadas, cinco evidenciaram com seus relatos e experiências que, definitivamente, o corpo capaz de proporcionar uma boa auto-imagem, auto-estima alta, satisfação pessoal, saúde e qualidade de vida é o corpo magro.

Conclusão:

O compartilhamento de experiências e sentimentos das mulheres colaboradoras desta pesquisa possibilitou identificar a influência dos estereótipos sociais na experiência corpórea deste grupo de mulheres, sendo elemento integrante na construção da percepção da autoimagem e aspecto determinante para a realização da cirurgia bariátrica. A obesidade foi compreendida como fonte de intensa insatisfação e inadequação, sendo a cirurgia bariátrica tida como instrumento e solução para a adequação social delas. As mulheres atribuíram à cirurgia a melhoria da saúde, mas de modo intenso e determinante, como também melhoria do relacionamento eu-corpo.

Palavras chaves: Obesidade; Cirurgia Bariátrica; Autoimagem

Referências Bibliográficas

- DANTAS, J. B. Um ensaio sobre o culto ao corpo na contemporaneidade. **Estud. pes. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 03, p.898-912. 2011.
- MARCHESINI, S.D. Acompanhamento psicológico tardio em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **ABCD ArqBrasCirDig**, Curitiba.
- NOVAES, J.V. **O intolerável peso da feiúra: sobre as mulheres e seus corpos**. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio: Garamond, 2013.

TAVARES, T.B.; NUNES, S.M.; SANTOS, M.O. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. **RevMed**, Minas Gerais, v.20, n.03, p.359-366. 2010.

VERAS, A. L. L. Desenvolvimento e construção da imagem corporal na atualidade: um olhar cognitivo-comportamental. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 94-117, dez. 2010 .

.

A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ORIENTAÇÃO AOS IDOSOS NA PROMOÇÃO DA EDUCAÇÃO SEXUAL

Verena Silva Gurgel de Araujo - Universidade Católica de Brasília verenissima@gmail.com,
Thamires Alves Aguiar - Universidade Católica de Brasília thamiresalvesaguiar@gmail.com, Jeane
Kelly Silva de Carvalho - Universidade Católica de Brasília jeane.carvalho@ucb.br, Ruth da
Conceição Costa e Silva Sacco - Universidade Católica de Brasília ruth.sacco1@gmail.com,
Guilherme Máximo Xavier - Universidade Católica de Brasília guimaximo@gmail.com

Palavras-chave: Envelhecimento. Sexualidade. Atenção básica

Introdução

O envelhecer faz parte da vida do ser humano e traz preocupações acerca da autonomia e capacidade funcional inerentes à cada pessoa. Desde o século XX o envelhecimento vem sendo mais profundamente estudado e investigado devido ao aumento do número de pessoas idosas. Segundo o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) 1 (uma) em cada 9 (nove) pessoas no mundo tem 60 anos de idade ou mais, e estima-se um crescimento para 1 (uma) em cada 5 (cinco) pessoas por volta de 2050: o envelhecimento da população é um fenômeno que já não pode mais ser ignorado. À medida que aumenta a população com mais de 60 anos, as taxas de fertilidade reduzem e as de mortalidade aumentam. As mudanças advindas da industrialização e a inserção da mulher no mercado de trabalho tiveram influência na conduta no tocante de trabalho, casamento e nível de educação e isso também interferiu diretamente no número de filhos por família. Para ALENCAR, D. L. et al.(2014):

“Face ao aumento contínuo da população idosa e da necessidade de cuidados que visualizem a promoção da sua qualidade de vida, são necessários estudos na área do envelhecimento, que abordem não apenas o aparecimento das doenças, como também temáticas que considerem o idoso em toda sua identidade humana, incluindo a sua sexualidade”. (ALENCAR, D. L. et al. 2014, p. 3534)

Segundo MUNIZ, E. A. et al. (2016, p. 134) o Brasil vivencia uma mudança no perfil demográfico de sua população, fenômeno também conhecido como transição demográfica, acarretando o aumento de indivíduos idosos. Grande é o impacto na maneira como a demanda de

saúde dessas pessoas idosas será atendida. As equipes de saúde que atendem a esses idosos precisam saber lidar com essa demanda de idosos de forma holística, compreendendo aspectos como sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). O profissional enfermeiro é essencial no processo de investigação de fatores que interferem na sexualidade, bem como na orientação destes indivíduos (ALENCAR, D. L., 2014)

O Distrito Federal segue os mesmos passos desse acontecimento mundial, que é a alta taxa de idosos. De acordo com dados do IBGE (2017) o índice de envelhecimento no DF em 2016 foi de 31,09 e em 2017 é de 33,29, enquanto a Taxa Bruta de Mortalidade no ano de 2016 foi de 14,61 e em 2017 é de 14,37. Há de se levar em conta que a qualidade de vida da pessoa nesse envelhecimento varia de acordo com a renda econômica dos mesmos. No Distrito Federal, a Atenção Primária de Saúde, é porta de entrada do idoso na rede. As equipes dos Centros de Saúde atendem à demanda juntamente com ambulatorios e outros serviços de referência. Essas equipes de saúde devem atuar de forma a acolher idosos diante de sua sexualidade, sem repreensões e estigmas.

Assim, surge o objetivo desta pesquisa que é conhecer o que vem sendo publicado na literatura científica sobre a Estratégia Saúde da Família na orientação na promoção da educação sexual do idoso.

Material e métodos

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura, considerada também como sendo um método de pesquisa científica, buscando por meio de estudos já realizados, descrever determinado tema.

Para nortear a revisão integrativa, foi elaborada a seguinte questão: o que vem sendo publicado na literatura científica nacional sobre a Estratégia Saúde da Família na orientação aos idosos na promoção da educação sexual do idoso.

Foram selecionados artigos a partir da busca nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de Dados em Enfermagem (BDENF), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e PubMed.

Em cada base de dados, foram utilizados os seguintes descritores: idoso, sexualidade, atenção básica em saúde e estratégia saúde da família buscando artigos publicados em português disponíveis dos últimos sete anos.

Critérios de inclusão foram artigos em português publicados no ano de 2011 e no ano 2016.

Os critérios de exclusão foram: artigos em Inglês, espanhol e outros idiomas, mas que se referiam a anos anteriores e que não tinham como abordagem a Atenção Primária em Saúde e fora deste anos escolhidos.

Resultados e discussão

Foram encontrados onze artigos, destes os que atendiam o critério de inclusão foram nove, por fim foram selecionados sete artigos.

O quadro abaixo apresenta o panorama geral dos artigos escolhidos:

Estudos (autoria e ano)	Local do estudo	Objetivo	Método
MASCHIO <i>et al.</i> , 2011	Porto Alegre, Brasil.	Identificar as medidas de prevenção que os idosos estão utilizando para a prevenção Das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.	Estudo prospectivo, quantitativo e descritivo com uma amostragem intencional.
MORAES <i>et al.</i> , 2011	Ceará, Brasil.	Como o casal idoso vivencia a sexualidade.	Estudo de caso, qualitativo.
ALENCAR e CIOSEK, 2016	São Paulo, Brasil	Investigar entre os idosos vivendo com HIV/Aids e os profissionais de saúde, quais são os motivos que levam ao diagnóstico tardio da infecção pelo HIV nos idosos.	Estudo prospectivo, qualitativo.
UCHÔA <i>et al.</i> , 2016	Belém, Brasil.	Identificar a percepção dos idosos acerca da sexualidade.	Estudo quantitativo, observacional, do tipo transversal analítico.
SOUZA, 2016	Florianópolis,	Analisar a percepção dos idosos sobre a sexualidade	Estudo descritivo-analítico e documental,

	Brasil.		Revisão sistemática da literatura
VIEIRA, COUTINHO e SARAIVA, 2016	Paraíba, Brasil.	Apreender as representações sociais dos idosos acerca da sexualidade.	Estudo descritivo, qualitativo.

Os artigos selecionados são nacionais, procedentes dos estados do Pernambuco, Pará, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Ceará e São Paulo. Os anos de publicação dos estudos foram 2011 e 2016.

Destaca-se que os artigos incluídos na revisão se encontravam publicados em revistas da área da Enfermagem, Geriatria e Psicologia.

Quanto aos referenciais teóricos não foram explicitados em cinco estudos. Em dois estudos com referencial teórico descrito, um deles tinha como referencial teórico a vulnerabilidade e em outro, a fenomenologia. Dos artigos que não descreveram o referencial teórico pode-se verificar que são abordagens sobre a percepção do idoso sobre sua sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis e a sua interação com a Atenção Básica.

A consulta de idosos na atenção Básica engloba fatores relacionados às patologias advindas com a idade. Quando procuram o serviço, muitas vezes não são questionados sobre sua sexualidade.

Ou, ainda, sofrem estigmatização devido ao fato de serem idosos e subentendidos como pessoas que não tem vida sexual ativa devido à idade avançada. Como observa MASCHIO *et al.*, (2011, p. 587) “o idoso ainda tem a sua sexualidade viva, muitas vezes ela é negada pela sociedade pelos profissionais de saúde que participam da sua assistência e por eles próprios. Isso é um fator cultural”.

Muitos idosos não se consideram vulneráveis a doenças como HIV/AIDS e outras DSTs, pois acreditam que em uma idade avançada não existe a possibilidade de adoecer e as informações sobre prevenção são praticamente inexistentes durante a consulta. De acordo com SANTANA, CHAGAS e MIRANDA (2014, p. 4) “diversas mudanças ocorrem no corpo do idoso e repercutem na atividade sexual diferentemente nos homens e nas mulheres”. No entanto, essas mudanças não impedem a prática sexual. Para UCHÔA *et al.* (2016) “mesmo com tantas visões equivocadas, os idosos buscam estimular a sua sexualidade, principalmente, pelo modo de se vestir e reconhecem na família, na sociedade e na religião fatores que inibem o exercício da sua sexualidade”.

Desta forma, é visível que há necessidade de investimento para conscientização das equipes de saúde com foco na Estratégia Saúde da Família (ESF) para saberem lidar com essa população, que mesmo não tendo preocupações com anticoncepção, devem ser orientados de como se protegerem durante a relação sexual.

Sendo assim, as equipes da ESF adentram com maior foco na orientação da prática sexual segura e ações preventivas, pois, segundo CEZAR, AIRES e PAZ (2012, p. 748), “cria-se a possibilidade de se elencar estratégias e espaços para discussão, no sentido de se apoiar e reduzir os fatores que possam influenciar negativamente na qualidade de vida e envelhecimento ativo da população”.

Os resultados apontados nesta pesquisa não encerram a discussão sobre o tema sexualidade em idosos, mas apontam para necessidade de se estudar diversos aspectos inerentes à sexualidade. É justamente por meio de estudos como esses que mitos e tabus serão rompidos, dignificando integralmente o ser humano, desde o nascimento até a senescência.

Conclusão

Em resposta à pergunta norteadora encontramos 07 artigos que tratavam da sexualidade dos idosos e sua percepção quanto aos cuidados de saúde e prevenção de doenças o que consideramos como pouca publicação sobre o tema.

Sendo assim, esta pesquisa pressupõe a realidade da temática dentro do contexto de saúde pública e instiga a realização de novas pesquisas.

Entende-se que existe uma real necessidade de que a Equipe de Saúde da Família primeiramente compreenda o processo biológico e cultural envolvido na sexualidade e o envelhecimento autônomo e saudável, e posteriormente ter estratégias educativas, à serem realizadas por profissionais plenamente capazes visando a promoção da mudança no comportamento dos idosos frente a sua sexualidade e frente a forma como eles a enfrentam e vivencia, sem deixar de levar em conta a importância da prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Referências bibliográficas

- ALENCAR, D. L. D et al. Fatores que interferem na sexualidade dos idosos: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3533-3542, 2014. ISSN 1413-8123.
- ALENCAR, R. A.; CIOSEK, S. I. Aids em idosos: motivos que levam ao diagnóstico tardio. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, p. 1140-1146, Dezembro 2016.
- CEZAR, A. K. K.; AIRES, M.; PAZ, A. A. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis na visão de idosos de uma Estratégia da Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, p. 745-750, Setembro 2012.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Projeção da População do Brasil e das Unidades da Federação, 2017. [online] Disponível em <<https://ww2.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em 12 de set. 2017.
- KANE, R. L. et al. **Fundamentos de Geriatria Clínica**. 7ª. ed. Porto Alegre: AMGH, 2015.
- MASCHIO, M. B. M. et al. Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. **Rev. Gaúcha Enferm.** (Online), Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 583-589, Setembro 2011. ISSN 19831447.
- MORAES, K. M. et al. Companheirismo e sexualidade de casais na melhor idade: cuidando do casal idoso. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 787-798, 2011. ISSN 1809-9823.
- MUNIZ, E. A. et al. Desempenho nas atividades básicas da vida diária de idosos em atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 19, n.2, p. 133-146, 2016.
- ONU – Organização das Nações Unidas no Brasil. A ONU e as pessoas idosas. [online]. Disponível em <<https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/>>. Acesso em 12 de set. 2017.
- SANTANA, R. G. D.; CHAGAS, M. B. D. A.; MIRANDA, C. S. B. D. S. Educação Sexual na Terceira Idade: Revisão de Literatura. In: **Congresso Nacional de Educação Inclusiva-CINTEDI**, Campina Grande, PB. Anais (online) v. 1, 2014. ISSN 23592915. Disponível em <http://editorarealize.com.br/revistas/cintedi/trabalhos/Modalidade_1datahora_14_11_2014_00_34_24_idinscrito_3139_bb675285adbba5eaf18516a5f1bfc129.pdf>. Acesso em 16 set 2017.
- SOUZA, M. P. A Percepção dos idosos sobre a sexualidade: revisão sistemática da literatura. **Saúde e Transformação Social**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 124-131, 2016. ISSN 2178-7085.

UCHÔA, Y. D. S. et al. A sexualidade sob o olhar da pessoa idosa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 939-949, Dezembro 2016.

UNFPA – Fundo da População das Nações Unidas. Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio. [Resumo executivo] [online]. Disponível em <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf>. Acesso em 12 de set. 2017

VIEIRA, K. F. L.; COUTINHO, M. D. P. D. L.; SARAIVA, E. R. D. A. A Sexualidade na Velhice: Representações Sociais de Idosos Frequentadores de um Grupo de Convivência. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 36, p. 196-209, Março 2016.

A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM DO SUICÍDIO NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA - UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DA IFMSA BRAZIL UCB

Maurício Vilela Freire, Universidade Católica de Brasília, vilela.mauricio.freire@gmail.com

Lara Medeiros Amaral, Universidade Católica de Brasília, lara.m.amaral@hotmail.com

Karine Viveiros Cardoso da Trindade, Universidade Católica de Brasília,
karineviveiros@hotmail.com

Jéssica Borges Badú, Universidade Católica de Brasília, jessicabadu@gmail.com

Osmar Nascimento Silva, Universidade Católica Dom Bosco, osmar.silva@catolica.edu.br

Palavras-chave:

Ação de prevenção. Distúrbio psiquiátrico. Saúde mental.

Introdução

O suicídio é um fenômeno humano complexo, universal e representa um grande problema de saúde pública em todo o mundo. As manifestações associadas ao comportamento auto lesivo são amplas e conceituadas dentro de um conjunto de pensamentos e atos que englobam sete categorias: suicídio completo; tentativa de suicídio; atos preparatórios para o comportamento suicida; ideação suicida; comportamento auto agressivo sem intenção de morrer; automutilação não intencional e automutilação com intenção suicida desconhecida. Estima-se que para cada caso de suicídio existam pelo menos dez tentativas de gravidade suficiente para requerer cuidados médicos e que esses comportamentos sejam até 40 vezes mais frequentes do que os suicídios consumados. Considera-se ainda que, para cada tentativa documentada, existam outras quatro que não foram registradas. É provável que muitas dessas tentativas não cheguem ao atendimento hospitalar por serem de pequena gravidade (VIDAL et al., 2013).

O presente relato de experiência, referente à ação intitulada “Conte para alguém: mês de prevenção ao suicídio” e desenvolvida por estudantes de medicina integrantes da IFMSA Brazil (International Federation of Medical Students' Associations of Brazil) UCB e Faciplac, objetivou promover a conscientização do contexto atual do suicídio, a fim de preveni-lo por meio de questionamentos e alertas acerca de aspectos que englobam a causa, reforçando a necessidade da luta a favor da vida.

A importância da abordagem do tema está relacionada ao fato de que o número de suicídios e tentativas cresce em escala mundial, apesar do aumento de planejamentos e ações em saúde

voltadas à prevenção da causa. Segundo VIDAL et al. (2013), o Ministério da Saúde instituiu as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio em 2006 e, entre os principais objetivos a serem alcançados, destacam-se: desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida e de prevenção de danos; informar e sensibilizar a sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido; fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio; promover a educação permanente dos profissionais de saúde da atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência. Grande parte destas diretrizes estão sendo implantadas no Sistema de Saúde brasileiro, porém o número de casos de suicídio cresce de forma paradoxal. Dessa forma, a partir do estudo da perspectiva da sociedade acerca do processo, conclui-se que os serviços de urgência e emergência se constituem como ambientes de muita tensão e estresse, tanto para os pacientes e seus familiares quanto para a equipe de saúde. A alta demanda de atendimento, o lidar com pacientes em situações críticas, a baixa capacitação das equipes de atendimento e as deficiências estruturais do serviço e do sistema de saúde como um todo, induzem os profissionais desses serviços a se posicionarem de maneira impessoal e com dificuldade de atuação de forma humanizada (VIDAL et al., 2013). Sendo assim, torna-se possível a percepção das limitações quanto a implantação de tais Diretrizes.

A partir dos dados obtidos na ação desenvolvida, objetivou-se avaliar a necessidade de aumentar esforços na abordagem do suicídio na perspectiva da atenção básica. No que tange o âmbito da Estratégia de Saúde da Família, é importante ressaltar que, de acordo com VIDAL et al. (2013), a abordagem ao indivíduo portador de transtorno mental em situação de emergência e, em especial ao paciente que tentou suicídio, deve ser realizada com segurança, prontidão e qualidade, já que esse comportamento é fator determinante na aceitação e adesão do paciente ao tratamento. A relação terapêutica dos profissionais de saúde que possuem vínculo direto com os pacientes é uma importante ferramenta para aumentar esta adesão e obter resultados positivos. Estabelecer um bom relacionamento pode ter significativo impacto na percepção das tentativas de suicídio e acolhimento do paciente sobre a qualidade do cuidado oferecido e na prevenção de novas tentativas. Manter o profissional sensibilizado e mobilizado através dos canais de apoio e educação permanente é essencial para avaliação e implementação das ações em andamento, aprimorando e intensificando métodos e estratégias qualificando a assistência integral ao paciente e aos familiares (PATZER, 2014). Desse modo, profissionais da Atenção Básica (AB) e da Estratégia Saúde da Família (ESF)

devem basear-se em seus princípios de compromisso, sensibilidade, conhecimento, alteridade e vínculo direto com a sociedade para a prevenção eficaz do suicídio.

Material e Métodos

A ação foi discutida previamente entre os 21 alunos participantes voluntários e uma psiquiatra do Instituto de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Os alunos foram orientados a respeito de diversos aspectos que envolvem a pessoa potencialmente suicida, além das formas de abordar o tema com a população. Além disso, os participantes foram orientados quanto a possíveis reações contra a ação, bem como formas adequadas de agir em situações como esta. A ação foi realizada no dia 22 de setembro de 2017, das 17 às 21 horas na rodoviária do Plano Piloto em Brasília.

Em um dos locais de maior circulação da rodoviária, cartazes foram colocados e um grande laço amarelo com velas foi montado no chão, a fim de chamar a atenção das pessoas que por ali passavam e, homenagear vítimas do suicídio. Os alunos abordaram as pessoas e perguntavam se elas poderiam conversar sobre o tema “suicídio”. No decorrer da discussão, questionamentos foram feitos às pessoas, visando obter um pequeno retrato do tema aos olhos da sociedade. As perguntas realizadas foram: 1) “Você se sente capaz de intervir em um caso de pessoa possivelmente suicida? “; 2) “Você sabe a quem recorrer e/ou o que fazer em situações de tentativa de suicídio? “; 3) “Após uma conversa rápida, você teve uma nova percepção do assunto? “; 4) “Você conhece algum caso de suicídio próximo a você? Família ou amigo? “.

Ao final da ação os dados foram computados e utilizados para avaliar a real percepção do tema pela população e apontar a importância da atuação da ESF na prevenção ao suicídio.

Resultados e Discussão

Cento e oitenta e uma (181) pessoas participaram diretamente da ação, tendo um contato direto com o grupo que ali se encontrava, porém, o impacto foi maior, pois um grande fluxo de pessoas passava no local, lendo os cartazes e vendo as velas que homenageavam as vítimas do suicídio. Os alunos permitiam que as pessoas se aproximassem e só assim faziam a abordagem e aplicavam o questionário. Foi observado que 57% (Gráfico 01) das pessoas conhecem alguém que queira suicidar-se próximas a elas, 35% (Gráfico 02) não se sentem capazes de intervir em caso de pessoas suicidas, 50% (Gráfico 03) não sabem a quem recorrer em uma situação de suicídio.

**Você conhece algum caso de suicídio próximo a você?
Família ou amigo?**

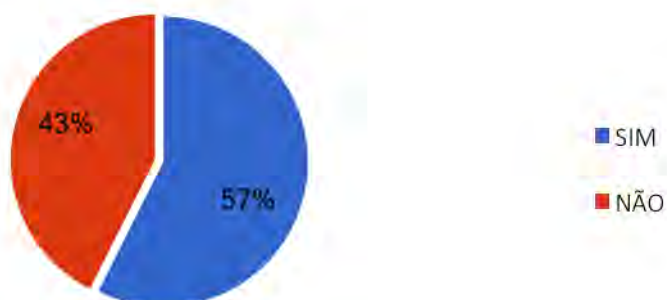


Gráfico 1

**Você se sente capaz de intervir em um caso de pessoa
possivelmente suicida?**



Gráfico 2

**Você sabe a quem recorrer e/ou o que fazer em situações
de tentativa de suicídio?**

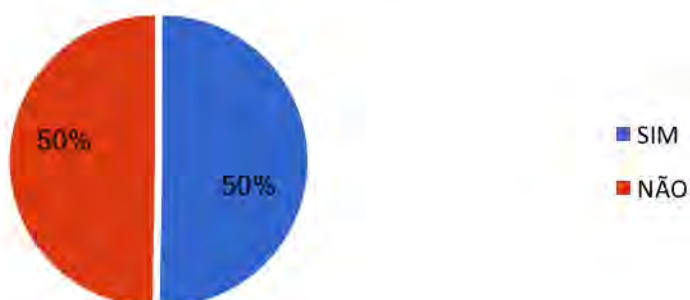


Gráfico 3

O público mostrou interesse e curiosidade sobre o assunto e, foi perceptível que ainda se tem um tabu em relação ao tema. Mais de 50% dos participantes conhecem algum caso de pessoas que cometeram suicídio, mas um grande número não se sente capaz de intervir, (Gráficos 01 e 02), pois, geralmente, creem que falar sobre o tema, poderia piorar o quadro e o momento em que aquelas pessoas estão vivendo, desta maneira, diferente do que foi passado nesta ação social, o entendimento delas é de que falar sobre suicídio é um estímulo para as pessoas cometerem suicídio. Além disso, percebe-se que há uma falha na transmissão de informações e condutas tanto do governo quanto dos próprios profissionais da saúde. De forma geral, há um pensamento errôneo quanto ao motivo do suicídio, haja vista, muitos veem o suicida como alguém que “quer chamar a atenção” e não precisa de fato de ajuda, como indicação de um médico e/ou psicólogo. Concomitante às perguntas para o questionário, eram feitas explicações acerca do assunto, reforçando a importância da sociedade se sensibilizar e se prontificar a ouvir o próximo. Além disso, mostramos os mitos sobre o tema e ratificamos que a prevenção do suicídio é uma responsabilidade coletiva.

Conclusão

O desenvolvimento desta ação permitiu a constatação da realidade do suicídio na população abordada, bem como em todos os envolvidos em seu processo de construção e execução. Todas as colocações feitas, com expectativas e motivações, permitiram que uma maior informação acerca da temática fosse levada a uma parcela considerável de pessoas, objetivando a diminuição do número de suicídios e tentativa, além dos danos agregados a essas atitudes, assim como o impacto traumático nas famílias, amigos, locais de trabalho, escolas e em outras instituições. Assim, informações básicas foram transmitidas a fim de orientar a identificação precoce de certas condições mentais atreladas ao comportamento suicida, bem como o cuidado inicial de pessoas que se encontrem sob esse risco e medidas de prevenção e conscientização, evidenciando a necessidade de ações como a realizada com o público.

Neste contexto, pareceu pertinente retomar ainda a ideia de que a AB, representada pelas equipes multiprofissionais de saúde da família e comunidade, constitui uma importante ferramenta de prevenção ao suicídio, visto que em seu contexto pode criar um espaço de educação em saúde num campo incrivelmente carente de ações preventivas. Isso explicita a necessidade de um cuidado integral, preconizado pela ESF, na qual as equipes atuam na identificação dos riscos e na utilização de estratégias preventivas que possam garantir bem-estar, segurança e suporte a quem sofra com tal agravo. O risco para o comportamento suicida é biopsicossocial, onde um fator amplifica o outro.

Portanto, a atenção primária, com suas práticas, pode, além de elencar os fatores de risco, estruturar e sistematizar a investigação destes, realizando o acompanhamento dos casos identificados, bem como preparando os profissionais das equipes de saúde para que tenham as informações pertinentes sobre a realidade da população potencialmente suicida que atendem.

Certamente, a tarefa de oferecer suporte e prevenir o comportamento suicida não é fácil, visto que a própria equipe de saúde necessita de uma rede de atenção para dar suporte em todas as suas intervenções, tornando viável a adesão à educação de todos os envolvidos e a continuidade do acompanhamento fora da unidade de saúde. Isso demanda a estruturação de ações de saúde mental dentro da ESF, a sensibilização das equipes para tal implementação e a colaboração de órgãos governamentais na efetivação de uma estratégia preventiva definitiva como macro política de saúde.

No entanto, a problemática torna-se explícita e ganha cada vez mais espaço no cenário social, representando um novo olhar sobre a realidade do suicídio, com a possibilidade de mudar a perspectiva que se tem a esse respeito.

Em suma, a ação foi enriquecedora para os acadêmicos com troca de experiências e o contato interpessoal com diferentes realidades, que, de forma dinâmica, puderam aprender e transmitir à população conhecimentos médicos, conscientizando sobre a realidade do suicídio, além de compreender melhor como a temática é vista aos olhos da sociedade.

Referências

- ABREU, K. P.; LIMA, M. A. D.; KOHLRAUSCH, E.; SOARES, J. F. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. *Rev Eletr Enf.*, [s.l.], v.12, n. 1, p. 195-200. 2010.
- MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G.; SOUZA, E. R. Methodological proposal for studying suicide as a complex phenomenon. *Cad. Saúde Pública*, [s.l.], v. 22, n. 8, p.1587-96. 2006.
- PATZER, S. S. POTENCIALIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA. 2014. 28 f. Monografia (Especialização) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.
- VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. D. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, 21 (2): 108-14. 2013.

A IMPORTÂNCIA DA PUERICULTURA NO ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS EM ESTADO DE VULNERABILIDADE NA COMUNIDADE. UM RELATO DE CASO

Hellen Cruz Xavier, Universidade do Estado de Mato Grosso, hellencruz.1992@hotmail.com

Débora Faleiro Martins, Universidade do Estado de Mato Grosso,

debora.faleiro.martins@gmail.com

Débora Maria Neres de Almeida Souza, Universidade Católica de Brasília, deh.6@hotmail.com

Eduardo Reimann, Universidade do Estado de Mato Grosso, reimanned@gmail.com

Fabíola Beppu M. Ramsdorf, Professora em Universidade do Estado de Mato Grosso,

INTRODUÇÃO:

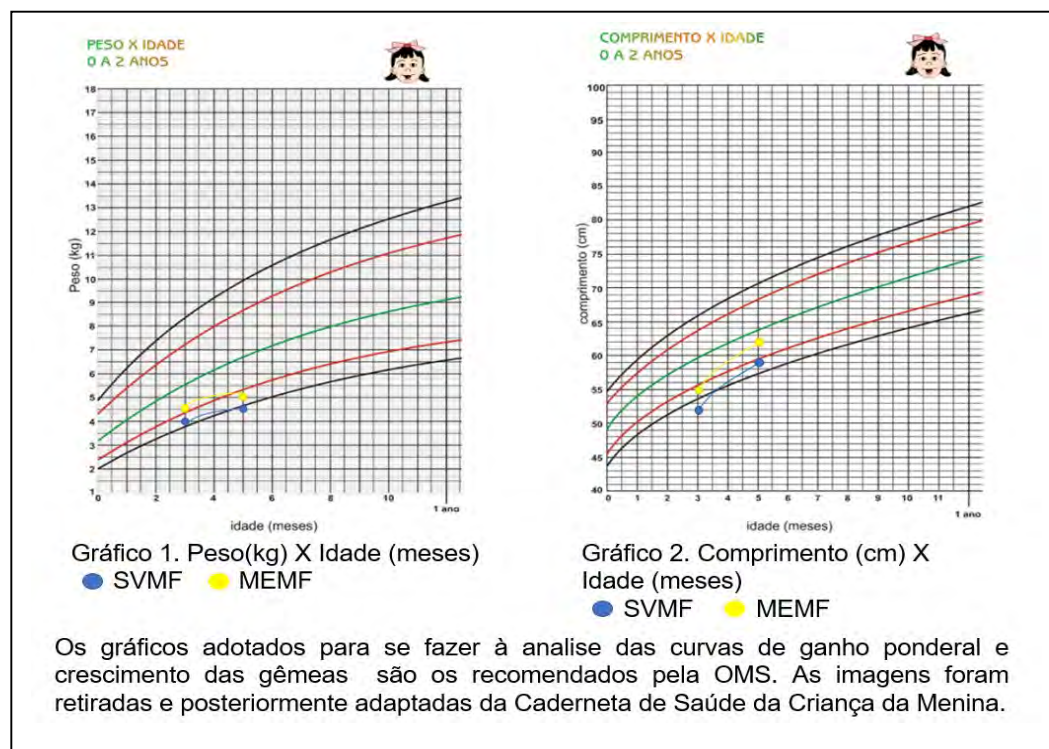
O processo saúde/doença da criança compreende um ser que vivencia os diferentes riscos de adoecer e morrer conforme o momento de seu processo de crescimento, desenvolvimento e sua interação social. Por isso esse processo é um aspecto marcante da infância que deve nortear a atenção à saúde da criança, de tal forma que a vigilância dos fatores que podem interferir nesse processo constitui uma das bases da assistência. (GUSSO, 2012). Nesse contexto o Programa de Puericultura, instrumento da Estratégia Saúde da Família, tem como propósito acompanhar o crescimento e desenvolvimento, observar a cobertura vacinal, estimular a prática do aleitamento materno, orientar a introdução da alimentação complementar e prevenir as doenças que mais frequentemente acometem as crianças no primeiro ano de vida, como a diarreia e as infecções respiratórias. (VIEIRA, 2012). Uma alimentação saudável ou uma “boa prática alimentar” pode ser definida como a ingestão de alimentos adequados em quantidade e qualidade para suprir as necessidades nutricionais, permitindo um bom crescimento e desenvolvimento da criança. (BRASIL, 2012)

RELATO DE CASO:

M.E.M.F. e S.V.M.F, 3 meses, gêmeas dizigóticas, foram identificadas na comunidade por meio de um mutirão no dia 11 de dezembro de 2015, para realização de puericultura, realizada pelos acadêmicos conjuntamente com equipe multiprofissional da UBS Vitória Regia- Cáceres MT. As crianças estavam acompanhadas da avó materna (cuidadora) a qual foi a responsável pelas informações colhidas na anamnese. A avó não soube responder as questões acerca da gravidez, pois a sua filha já apareceu em sua casa em gestação avançada, sem realização de pré-natal, relatou ainda que a mãe das crianças é usuária de drogas de abuso. Quando questionada se as gêmeas estavam em aleitamento materno a cuidadora afirmou que a alimentação das irmãs era feita por meio de

fórmulas já que devido a condição da mãe. Desse modo a equipe da UBS aconselhou que a amamentação fosse interrompida. A avó relatou preocupação quanto ao uso do NAN 1® por conta do alto valor do produto. Com 3 meses, M.E.M.F. apresentava 4,500 Kg; 55 cm de comprimento; IMC de 14,9; perímetro cefálico 39cm. Já S.V.M.F apresentava 4 Kg; 52,5 cm de comprimento; IMC de 14,5; perímetro cefálico 37 cm e perímetro torácico 37 cm. Quando colocados os dados nas curvas (Gráficos 1 e 2) de crescimento verificou-se que M.E.M.F estava com comprimento baixo para idade (escore $Z > -3$ e < -2) e o peso adequado para idade (escore $Z > -2$ e < 2), enquanto S.V.M.F estava com comprimento muito baixo para idade (escore $Z < -3$) e o peso baixo para idade (escore $Z > -3$ e < -2). Diante da situação foi feita uma campanha na comunidade a fim de que se arrecadasse a fórmula para ser doada à família.

O segundo contato com as pacientes se deu por meio de busca ativa 2 meses depois na casa da cuidadora, onde percebeu-se à ectoscopia que elas se apresentavam emagrecidas. Diante do quadro foi perguntado como estava sendo realizada a preparação das fórmulas e se já havia sido introduzido alimentação complementar. Segundo a avó era usado apenas metade da medida sugerida pelo fabricante pois o NAN 1® era oneroso, desse modo ela não podia arcar com os gastos e que ainda não havia iniciado processo de transição alimentar. Essa economia e a não introdução de alimentos complementares à dieta refletiram diretamente nas medidas antropométricas. Com 5 meses, M.E.M.F. apresentava 5,150 Kg; 62 cm de comprimento; IMC de 13,5; perímetro cefálico 41,5cm e perímetro torácico 38,8cm. Já S.V.M.F apresentava 4,450 Kg; 59 cm de comprimento; IMC de 12,7; perímetro cefálico 39 cm e perímetro torácico 37 cm. Quando colocados os dados nas curvas de crescimento (Gráficos 1 e 2) verificou-se que M.E.M.F estava com comprimento adequado para idade (escore $Z > -2$ e < 2) (Gráfico 1) e o peso baixo para idade (escore $Z > -3$ e < -2) enquanto S.V.M.F estava com comprimento adequado para idade (escore $Z > -2$ e < 2) e o peso muito baixo para idade (escore $Z < -3$). Por esse motivo foram encaminhadas ao pediatra e feita nova orientação nutricional.



DISCUSSÃO:

O uso de álcool e outras drogas é um grande problema de saúde pública. Nas gestantes, o abuso de substâncias ganha ainda mais importância, pois a exposição dessas pacientes às drogas pode levar ao comprometimento irreversível da integridade do binômio mãe-feto e interferir na amamentação da criança. (YAMAGUCHI et al, 2008). Por isso, o Ministério da Saúde recomenda a interrupção temporária da amamentação enquanto estiver havendo drogadição, e foi exatamente baseada nessa recomendação que a equipe multidisciplinar da UBS aconselhou que as crianças não recebessem aleitamento materno enquanto a nutriz não interrompesse por completo o uso de drogas.

Geralmente o transtorno por uso de substâncias é acompanhado por problemas sociais, de saúde, econômicos, jurídicos e legais, que envolvem violência, criminalidade e desagregação de famílias, com consequências no ambiente em que o usuário está inserido (REIS,2013). A família das gêmeas apresenta acentuada vulnerabilidade social, a começar pelo fato da gestação não ter sido planejada, associada a precárias condições econômicas e uso de drogas de abuso pela mãe das crianças. Com base nas visitas domiciliares realizadas foi possível evidenciar ainda que as meninas apresentavam outros dois irmãos, sendo cada gestação de um relacionamento distinto, com a avó materna se responsabilizando como cuidadora de todos os netos. Vale ressaltar ainda que o bairro onde a família mora está encontra-se na periferia, e é conhecido pelos moradores da cidade (Cáceres-MT) como sendo uma localidade perigosa. Nesse contexto, a puericultura é crucial na

identificação de crianças em estado de vulnerabilidade e é fundamental que elas sejam seguidas de perto a fim de se evitar quadros de desnutrição e irregularidades no crescimento e desenvolvimento.

Uma alimentação saudável se inicia com o aleitamento materno, que isoladamente é capaz de nutrir de modo adequado a criança nos primeiros 6 meses de vida. No entanto existem condições nas quais as crianças não são mais amamentadas ao peito e não existe mais a possibilidade de reverter tal situação (BRASIL, 2012). Uma alternativa a isso é o uso de fórmula infantil, a qual consiste em leite modificado para atender às necessidades nutricionais e para não agredir o sistema digestório do bebê não amamentado (WEFFORT, 2006; ORGANIZAÇÃO..., 1962; AMERICAN..., 2005).

Com os conhecimentos disponíveis, recomenda-se iniciar a alimentação complementar aos seis meses, em crianças que mamam exclusivamente no peito. Casos especiais poderão requerer a introdução de alimentos complementares antes do sexto mês devendo cada caso ser analisado avaliado individualmente pelo profissional de saúde. Nesta avaliação e orientação devem ser esgotadas todas as possibilidades de recondução ao aleitamento materno exclusivo, antes de se sugerir a introdução de alimentos complementares. (BRASIL, 2009)

Apesar do que é preconizado pelo Ministério da Saúde, a alimentação complementar nas gêmeas, que deveria ter se iniciado aos 4 meses, não foi implementada por desconhecimento da avó. Como agravante, devido ao custo elevado das fórmulas infantis e por medo de que as meninas ficassem sem ter como se alimentar, a cuidadora relatou que o preparo do NAN1[®] era realizado com metade da medida preconizada pelo fabricante. Diante desse quadro, foi feita orientação para que fórmula fosse administrada de acordo com as orientações do rótulo da embalagem e que se iniciasse a complementação da alimentação conforme Tabela 1 sugerida pelo Ministério da Saúde no caderno 33 de Atenção Básica.

Com base na análise dos gráficos (recomendado pela OMS para meninas de 0-5 anos) correspondentes ao ganho ponderal e a curva de crescimento, observou-se que as gêmeas apresentaram diminuição do ganho ponderal, no intervalo de tempo entre 3 e 5 meses, coincidentemente com a redução da medida da fórmula à metade e a não introdução da complementação alimentar. MEMF aos 3 meses apesar de estar com peso adequado para idade estava no limite dos parâmetros de normalidade e aos 5 meses diante da situação que lhe foi imposta passou a apresentar baixo peso para a idade. Já SVMF desde a primeira avaliação mostrava-se com baixo peso para a idade e na avaliação posterior teve seu quadro agravado passando a mostrar-se com peso muito baixo para a idade. Apesar da situação de diminuição do

ganho ponderal das crianças, o crescimento não seguiu a mesma tendência, de formas que as gêmeas no intervalo de 2 meses apresentaram crescimento adequado para a idade.

Esquema alimentar para crianças não amamentadas			
Do nascimento até completar 4 meses	Ao completar 4 meses	Ao completar 8 meses	Ao completar 12 meses
Alimentação láctea	Leite	Leite	Leite e fruta ou cereal ou tubérculo
	Papa de fruta	Fruta	Fruta
	Papa salgada	Papa salgada ou refeição básica da família	Papa salgada ou refeição básica da família
	Papa de fruta	Fruta	Fruta ou pão simples ou tubérculo ou cereal
	Papa salgada	Refeição básica da família	
	Leite	Leite	Leite

Fonte: BRASIL, 2010.

Tabela 1. Esquema alimentar para crianças não amamentadas.

CONCLUSÃO:

A puericultura é uma estratégia que permite a interação integral entre os profissionais da saúde e os membros da comunidade. A realização de visitas domiciliares, buscas ativas e mutirões possibilita a identificação de casos como o exemplificado nesse artigo, indo além de uma consulta formal para a intervenção e orientação buscando a promoção da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Amamentação. Drogadição. Nutrição. Lactentes.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Policy Statement. **Organizational principles to guide and define the child health care system and/or improve the health of all children**. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderneta de saúde da criança - menina**. 8 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 92p.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2012.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar.** CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2009.
- GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade – princípios, formação e prática.** Artmed, 2012.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A AGRICULTURA E A ALIMENTAÇÃO; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Codex Alimentarius.** 1962.
- REIS, L. M.; UCHIMURA, T. T.; OLIVEIRA, M. L. F. **Perfil socioeconômico e demográfico em uma comunidade vulnerável ao uso de drogas de abuso.** Acta Paul Enferm. v. 26, n. 3, p. 276-82, 2013.
- VIEIRA, V. C. L.; FERNANDEZ, C. A.; DEMITO, M. de O.; et al. **Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro.** Cogitare Enferm. v. 17, n. 1, p. 119-25, Jan/Mar 2012.
- WEFFORT V. R. S. **Alimentação láctea no primeiro ano de vida.** Belo Horizonte: Sociedade Mineira de Pediatria, 2006.
- YAMAGUCHI, E. T.; CARDOSO, M. M. S. C.; TORRES, M. L. A.; et al. **Drogas de abuso na gravidez.** / Rev. Psiqu. Clín. V.35, supl. 1; p. 44-47, 2008.

A IMPORTÂNCIA DE UM TESTE NÃO TREPONÊMICO

Raquel Alexandre da Costa¹, Mayara Godinho de Souza², Silvia Regina da Silva Leal², Fabiana Nunes de Carvalho Mariz¹, Yara de Fátima Hamú¹

1. Universidade Católica de Brasília, 2. Hospital Regional da Ceilândia
raquelalexandre05@gmail.com, may.godinho@gmail.com, silvialleal@gmail.com,
marizfabianan@gmail.com, yarafhamu@gmail.com

Introdução

A bactéria *Treponema pallidum* é o agente etiológico da sífilis, doença que desafia por todo o mundo, a saúde pública. A transmissão ocorre sexualmente, no caso da sífilis adquirida, ou verticalmente quando transmitida da gestante para o feto através da placenta, chamada sífilis congênita (DAMASCENO, 2014).

Os fatores associados à elevada incidência da sífilis são: abuso de drogas, subutilização do sistema de saúde, história de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e múltiplos parceiros. O acesso ao serviço de saúde, a qualidade da assistência pré-natal e no momento do parto são fatores determinantes para a redução da incidência da doença congênita (NONATO, 2015).

O estágio da sífilis em que a gestante se encontra e o tempo de exposição fetal influenciam diretamente na infecção do conceito. Desta forma, se a gestante estiver na fase de sífilis primária ou secundária, o risco de transmissão para o feto aumenta (BRASIL, 2015).

O objetivo desse trabalho é destacar a importância do VRDL (*Venereal Disease Research Laboratory*) um teste não treponêmico nesta fase epidêmica de sífilis no Brasil.

Material e Métodos

O método de pesquisa utilizado neste trabalho foi revisão bibliográfica. Os artigos foram selecionados na base de dados eletrônicas Scielo, (*Scientific Eletronic Library*), PubMed (*National Center for Biotechnology Information/U.S. National Library of Medicine*) e TELELAB de diagnóstico de sífilis. As Palavras chave utilizadas foram: sífilis, teste treponêmico e *Treponema Pallidum*.

Resultados e Discussão

Segundo o Boletim Epidemiológico-Sífilis de 2016, os casos de notificação de sífilis em gestantes aumentaram nos últimos 10 anos, o que pode estar relacionado com a melhora na qualidade do serviço de epidemiologia, pois, vale salientar que, em julho de 2005 é que a notificação compulsória da sífilis em gestante foi instituída, esse aumento também pode ser devido ao maior fornecimento dos testes rápidos para diagnóstico, que permite maior detecção da infecção (BRASIL, 2016).

Os testes treponêmicos são qualitativos detectando a presença ou ausência de anticorpos na amostra teste. A reatividade indica que o paciente teve contato com *T. pallidum* em alguma época de sua vida e desenvolveu anticorpos contra a espiroqueta. Sua principal indicação é confirmar testes reagentes não treponêmicos. São exemplos de testes treponêmicos, o *FTA-abs Fluorescent treponemal antibody absorption*, a Hemaglutinação Indireta, o ELISA e os Testes Rápidos por imunocromatografia (BRASIL, 2014).

Os testes não treponêmicos detectam anticorpos não específicos para o *T. pallidum*, porém estão presentes em pacientes que tiveram contato com a espiroqueta. Podem ser qualitativos ou quantitativos, sendo utilizados como testes de triagem para determinar se uma amostra é reagente ou não; e utilizados para determinar o título dos anticorpos presentes nas amostras que tiveram resultado reagente no teste qualitativo; e também para o monitoramento da resposta ao tratamento. O VDRL é um dos testes não treponêmicos mais utilizados na prática laboratorial (BRASIL, 2014).

Uma das limitações observadas no VDRL é o fenômeno de prozona que consiste na ausência de reatividade em uma amostra que, embora contenha anticorpos não treponêmicos apresenta resultado não reagente quando é testada com o soro puro. Para corrigir essa limitação as amostras devem ser testadas com o soro puro e diluído em 1/8, ainda na fase qualitativa (BRASIL, 2014).

Atualmente, os fluxogramas adotados pelo Ministério da Saúde para o diagnóstico da Sífilis estabelecem a realização de dois testes. A primeira possibilidade inicia com um teste não treponêmico que quando reagente deve ser confirmado por um teste treponêmico; a segunda começa com um teste treponêmico que quando reagente deve ser submetido a um teste não treponêmico para elucidar se: infecção passada, recente ou não tratada.

Para avaliar o sucesso do tratamento para sífilis o médico assistente deve solicitar após o tratamento a realização de um novo teste não treponêmico que espera-se observar a queda significativa dos títulos confirmando a eficácia do mesmo. Este teste também pode ser utilizado no

fluxograma de investigação de casos de sífilis congênita nessa situação o título do VDRL do recém-nascido será quatro vezes ou mais superior ao título do VDRL materno.

Considerações finais

Com os atuais números da sífilis no Brasil é essencial o diagnóstico laboratorial para essa IST. Ela possui uma fase de latência grande em que ocorre a transmissão da espiroqueta para os parceiros sexuais e também para o feto durante a gestação. Diferenciar se a infecção é recente, não tratada, uma cicatriz sorológica ou se houve sucesso terapêutico associado a anamnese, ao exame físico e aos testes laboratoriais. Nesse sentido, o VDRL que é um teste de fácil execução e baixo custo tem papel fundamental para o diagnóstico e o acompanhamento da sífilis adquirida ou congênita.

Referências Bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - Sífilis**. 2016. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/2016/boletim-epidemiologico-de-sifilis>>. Acesso em: 22 set. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-d>>. Acesso em: 25 set. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **TELELAB – Diagnóstico da sífilis, testes treponêmicos e não treponêmicos**. 2014. Disponível em: <http://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/22197/mod_resource/content/1/S%C3%ADfilis%20-%20Manual%20Aula%206.pdf> Acesso em: 02 out. 2017.
- DAMASCENO, A. B. A. et al. Sífilis na gravidez. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**. v. 13, n. 3, p. 88-94, 2014. Disponível em: <<http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/12133/9986>>. Acesso em: 22 set. 2017.
- NONATO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte - MG, 2010-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 4, p. 681-694, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/ress/v24n4/2237-9622-ress-24-04-00681.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2017.

A IMPORTÂNCIA E OS DESAFIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CENÁRIO HIV/AIDS

Maurício Vilela Freire, Universidade Católica de Brasília, vilela.mauricio.freire@gmail.com

Lucas Nunes Menezes Regis Serafim, Universidade Católica de Brasília,

lnmrserafim@gmail.com

Letícia Yukari Okada, Universidade Católica de Brasília, leticiayu@gmail.com

Daniel Sepúlveda Brito Barreto, Universidade Católica de Brasília, danielsbb8@gmail.com

Eloá Fátima Ferreira de Medeiros, Universidade Católica de Brasília, eloamedeiros@ucb.br

Palavras-chave

IST. Atenção Básica. Educação em saúde.

Introdução

Segundo dados do Boletim Epidemiológico HIV/AIDS de 2016 (BRASIL, 2016), os casos de HIV no Brasil notificados no Sinan foram de 12.682, e 15.885 casos de Síndrome da Imunodeficiência (AIDS). Apesar de ocorrer uma redução, quando comparado a outros anos, em algumas faixas etárias (jovens e idosos) o aumento de casos novos foi significativo. Dados como esses revelam a necessidade da ampliação das formas de prevenção, bem como a melhora das ações da Atenção Básica (AB), com a atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF) na prevenção por meio de ações de educação em saúde, principalmente, visto que, apesar de ser preconizada uma atuação de forma integrada, percebe-se uma desarticulação e uma fragmentação da rede assistencial.

A AB tem como objetivo assegurar qualidade e acesso na atenção à população. Deve reconhecer o conjunto de necessidades e organizar ações adequadas e oportunas para saná-las (BRASIL, 2015). A ESF surgiu com a finalidade de reestruturar o modelo assistencial do país, em busca de expandir, qualificar e consolidar a AB. Diante de um cenário, no qual o cuidado se tornou fragmentado e voltado somente à cura, a ESF visa unir os princípios básicos do SUS para melhorar a resolução das questões de saúde da população brasileira (BRASIL, 2012).

Em busca de diminuir o aparecimento de casos novos, o Ministério da Saúde incluiu novos protocolos clínicos com alternativas de prevenção mais modernas, como: profilaxia pós-exposição (PEP) e profilaxia pré-exposição (PrEP). Apesar de o aumento no número de alternativas terapêuticas ser um excelente sinal, deve-se manter um cuidado ainda maior nas ações em saúde voltadas a esse tema, pois isso pode gerar a diminuição do uso do preservativo, aumentando os

casos de infecções sexualmente transmissíveis, além de gerar um descuido em relação a prevenção (EL-SADR et al., 2013).

Ainda dentro desse panorama de tentativas para reduzir a epidemia do HIV, a UNAIDS propôs, juntamente com vários países, dentre eles o Brasil, metas para tentar erradicar a epidemia. Eles propõem que, até 2020, 90% das pessoas com HIV tenham conhecimento de que têm a doença, 90% dos pacientes diagnosticados recebem terapia antirretroviral (TARV) ininterrupta e 90% das pessoas em terapia ininterrupta devem ter supressão viral. Esse conjunto de metas também é conhecido como 90/90/90. Muitos pontos importantes para seu alcance já são adotados no Brasil, como a distribuição gratuita dos medicamentos para os pacientes diagnosticados. Contudo, associado a isso, faz-se necessário o empenho no rastreamento dos grupos de risco e realização do diagnóstico preciso.

Um problema que impede, ou pelo menos dificulta, a adesão ao tratamento com uso de TARV são os efeitos adversos. Além disso, a própria quantidade de medicamentos prescritos e sua posologia são fatores que agravam a terapia (SILVA et al., 2009). Não só esses fatores, mas também a burocracia e a falta de capacitação de profissionais pioram ainda mais o cenário da adesão ao tratamento. Dessa forma, percebe-se a necessidade de haver maior atenção voltada para a transmissão das informações acerca do benefício do tratamento para a qualidade de vida do paciente diante de tantas adversidades (SILVA et al., 2015). Contudo, há evidências de que as relações sociais, principalmente com familiares, amigos, vizinhos e profissionais de saúde auxiliam os pacientes na manutenção do tratamento, atuando como incentivadores, além de um trabalho multiprofissional (PADOIN et al., 2010).

O presente trabalho tem como objetivo abordar os principais problemas associados à atuação das equipes na atenção primária no contexto do HIV/AIDS e os principais pontos que podem auxiliar no desenvolvimento de estratégias eficazes.

Material e Métodos

O seguinte trabalho teve por fundamentação teórica os artigos científicos presentes nas bases de dados virtuais BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e Scielo, com a utilização das seguintes palavras-chave: HIV, saúde da família, estigma e epidemiologia. Utilizou-se também a base de dados SAGE (Sala de Apoio à Gestão Estratégica) do Ministério da Saúde para extrair dados recentes acerca da morbidade da AIDS e o número crescente de pacientes em tratamento e os protocolos clínicos e manuais desenvolvidos pelo departamento de HIV/AIDS.

Foi dada preferência aos artigos com texto em Língua Portuguesa e em um intervalo de oito anos de publicação. Os critérios de exclusão envolveram artigos publicados sobre relatos de caso e que detalhavam a fisiopatologia do vírus HIV. Os critérios de inclusão para os estudos encontrados envolveram artigos que problematizam a atenção à infecção por HIV na ESF, em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e no contexto familiar. Foram selecionados também estudos que envolveram questionários a grupos de UBS diferentes, trazendo informações a respeito da percepção dos próprios Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Os artigos selecionados foram comparados e suas informações extraídas com o objetivo de traçar um perfil dos principais pontos referentes a ações da ESF.

Resultados e Discussão

Os estudos realizados com diferentes grupos de clínicas de família demonstram que a abordagem do assunto é muito heterogênea. Na maioria dos casos as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), no geral, são abordadas em pacientes que já apresentam a infecção, sendo que a abordagem do diagnóstico e tratamento fica sob a responsabilidade do médico (ZAMBENEDETTI et al., 2012). Sendo assim, não há atuação da equipe no processo, que engloba as ações de prevenção, educação em saúde e outras orientações. Esse fato evidencia a tendência do modelo Biomédico, mesmo nas estruturas mais modernas de abordagem. Zambenedetti e colaboradores (2012), apresentou um outro grupo mais focado na atividade de prevenção primária e foco na Vigilância em Saúde, não deixando de lado a atenção curativa. Contudo, no geral, os estudos apontam a carência na prevenção por parte dos programas de aconselhamento familiar, que deveriam ter papel crucial na orientação não apenas quanto à gravidez indesejada, mas quanto à importância da prevenção de doenças (RODRIGUES et al., 2011).

Um dos grandes problemas relacionados à atuação da ESF no processo de prevenção e manejo dos indivíduos com HIV/AIDS é o desconhecimento quanto à epidemiologia local e fatores de risco associados. Às vezes até existe esse conhecimento, mas não há aplicação prática satisfatória. Em muitos casos, há relatos dos próprios profissionais das equipes de que os treinamentos e a educação permanente são escassos. A falta de conhecimento na abordagem do paciente portador do vírus HIV dificulta a formação de laços de confiança com os ACS, prejudicando sua atuação com os pacientes já diagnosticados e com aqueles possivelmente infectados. Dentro desse mesmo ponto relativo à falta de treinamentos, há uma questão relevante que põe em risco os ACS em termos éticos. Os treinamentos são fundamentais para evidenciar a importância do sigilo de informações, que deve ocorrer tanto com o que é relatado pelo próprio

paciente, como com as informações obtidas pela equipe de saúde no exercício de suas atividades (SILVA et al., 2010).

Além dos adultos, se faz extremamente necessária a vigilância com relação aos lares onde há crianças que podem ter o HIV, ou seja, as quais tiveram risco de transmissão vertical ou que se encontram em contato com pessoas que são portadoras, mas que estão em estado de Imunodeficiência. Em virtude das frequentes infecções de vias aéreas, como: pneumonias e tuberculose, há grande chance de a criança também desenvolver várias dessas doenças, sendo um grande risco para sua saúde. Os ACS têm um papel importante na detecção desses fatores, para que ações direcionadas sejam realizadas nesses lares. Contudo, esse panorama é pouco ressaltado, já que o foco normalmente está apenas nos pacientes HIV positivos (LIMA et al., 2013).

Outro grupo de risco que cresce ano a ano são o de idosos. Deve-se ressaltar a importância no rastreio de HIV nesses pacientes que já são naturalmente mais vulneráveis a uma série de enfermidades e que, quando são portadores do vírus, agravam ainda mais essa susceptibilidade. É fundamental também realizar a conscientização adequada desse grupo e quebrar paradigmas existentes, orientando-os quanto aos tratamentos e ao suporte que os ACS podem oferecer (BRASIL, 2015). Nesse grupo, há muitos relatos, por parte dos próprios agentes, de tristeza, negação do diagnóstico, isolamento social, vergonha e constrangimento pela aquisição da doença na idade em que se encontram, dentre outros. É nesse ponto que se faz fundamental a relação de confiança entre paciente e ACS e também de toda a equipe, que deve ser mitigada nos treinamentos (CASSETTE et al., 2016).

Outros pontos importantes que dificultam a atuação da ESF encontrados nos estudos foram: a identificação da baixa adesão aos preservativos masculinos e a limitação de retirada destes pelas pessoas da comunidade. A restrição ao acesso por escassez de preservativos é um grande empecilho para o desenvolvimento da prevenção de IST, entre elas a contaminação pelo vírus HIV. Associado ao preconceito cultural do seu uso, é quase impossível realizar um trabalho adequado nesse âmbito.

Dentro desta perspectiva, alguns estudos revelam que muitos jovens (20-29 anos) têm consciência a respeito da necessidade do cuidado com sua própria saúde e compreendem a necessidade do uso de preservativos. Contudo, mesmo assim, ainda há muita alegação de que seu uso minimiza o prazer, prejudicando a prevenção e sendo responsável pelo aumento considerável de casos novos nessa faixa etária. Além disso, muitos deles, tanto homens quanto mulheres, referem ter perdido a vontade de terem filhos por medo de transmitirem o vírus a eles. Esse medo afeta também aqueles que desejam manter uma relação de vínculo afetivo. Essas pessoas referem medo de criarem laços e acabarem transmitindo o vírus ao parceiro ou parceira, ou mesmo apenas têm receio

de expor suas condições de saúde a eles. Nesse âmbito, assim como na população idosa vulnerável, há um importante papel dos múltiplos profissionais da ESF no intuito de orientar adequadamente essa população e garantir um mínimo de dignidade a ela, minimizando suas dores e angústias (MELO et al., 2016).

Conclusões

A abordagem terapêutica nos casos de pacientes com IST envolve, principalmente, os casos já diagnosticados, faltando assim as ações de prevenção e educação em saúde. É possível observar assim uma carência nos programas de educação em saúde tanto objetivando a prevenção quanto para situações de orientações sobre a doença e seus mitos.

A importância dos ACS na detecção de fatores de risco em lares com pacientes HIV positivos deve ser ressaltada e incentivada, pois deve-se buscar medidas para evitar uma possível contaminação de doenças oportunistas entre os familiares. A educação em saúde, individuais e coletivas, voltada para a conscientização da necessidade de se realizar o tratamento de forma contínua associado a métodos de prevenção, como a camisinha, é essencial. A atuação multiprofissional pode auxiliar o paciente e a sua família a lidar com as dificuldades e preconceitos existentes.

Os idosos também devem receber atenção especial, tendo em vista que essa faixa etária apresentou um aumento no número de casos nos últimos anos. Sendo assim, o rastreio e instrução para o uso de camisinha são igualmente necessários.

É evidente a importância da AB no cenário do HIV e demais ISTs. Sendo assim, é fundamental que os órgãos de saúde pública invistam em treinamentos melhores e mais frequentes para os membros dessas equipes.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, PN de DST, AIDS e Hepatites Virais, Ano V, n. 1, 1ª à 26ª semanas epidemiológicas, jan./jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica: Manual para a equipe multiprofissional. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. O manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica: Manual para Profissionais Médicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)

CASSETTE, J. B. et al. HIV/AIDS among the elderly: stigmas in healthcare work and training. Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 733-744, Oct. 2016.

EL-SADR, W.; SERWADDA, D.; SISTA, N. and COHEN, M. HIV Prevention. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, [s.l.], v. 63, n. 2, p. S115-S116. 2013.

LIMA, I. C. V. de et al. Demandas de cuidado domiciliar da criança nascida exposta ao HIV na ótica da teoria ambientalista. Revista Gaúcha de Enfermagem, [s.l.], v. 34, n. 3, p.64-71, set. 2013. FapUNIFESP (SciELO).

MELO, G. C. de et al. Comportamentos relacionados à saúde sexual de pessoas vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 167-175, mar. 2016.

PADOIN, S. M. de M. et al. Cotidiano terapêutico de adultos portadores da síndrome de imunodeficiência adquirida. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 389-393, jul./set. 2010.

RODRIGUES, L. M. C. et al. ABORDAGEM ÀS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA. Cogitare Enfermagem, [s.l.], v. 16, n. 1, p.63-69, 30 mar. 2011. Universidade Federal do Paraná.

SILVA, A. L. C. N. da; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini; MARCON, Sônia Silva. Adesão e não-adesão à terapia anti-retroviral: as duas faces de uma mesma vivência. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 62, n. 2, p. 213-220, Abr. 2009.

SILVA, J. A. de S. et al. A estratégia saúde da família e a vulnerabilidade programática na atenção ao hiv/aids: uma revisão da literatura. O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 103-108. 2010.

SILVA, L. and TAVARES, J. The family's role as a support network for people living with HIV/AIDS: a review of Brazilian research into the theme. Ciência & Saúde Coletiva, [s.l.], v.20, n. 4, p.1109-1118. 2015.

ZAMBENEDETTI, G. et al. Problematizando a atenção em HIV-Aids na Estratégia Saúde da Família. Polis e Psique, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 99-119. 2012.

A NECESSIDADE DE ESTRATÉGIAS EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO APOIO AOS CUIDADORES DE IDOSOS COM ALTERAÇÃO DE CONSCIÊNCIA

Universidade Católica de Brasília

Jhonnata Henrique Carvalho, Estudante de graduação em medicina, jh.132009@gmail.com,

Iago Ícaro Murad Moura, Estudante de graduação em medicina.

Orientador: Denise Nogueira da Gama Cordeiro

Palavras-chave: Senescência, auxílio, transtornos, Alzheimer.

INTRODUÇÃO

O Brasil enfrenta atualmente uma modificação do seu perfil etário. Observa-se uma queda acentuada na taxa de fertilidade paralelamente ao aumento da expectativa de vida. Tal fenômeno é evidenciado por MUNIZ et. al. (2016, p. 134) e definido como “transição demográfica”. De acordo com a Organização mundial de saúde (OMS), a população idosa no Brasil, em 2025, será dezesseis vezes maior que a população idosa de 1950, representando aproximadamente 14% da população brasileira.

De acordo com o IBGE (2017), estima-se que 1 a 6% da população com mais de 60 anos sofre de Alzheimer ou algum outro distúrbio de consciência, enquanto na população com mais de 85 anos, esta porcentagem é de 40-50% da população. Este grupo necessita constantemente do auxílio de cuidadores, sendo na maioria das vezes familiares.

Existe uma grande preocupação com a saúde mental e social dos cuidadores, visto que estes estão sujeitos a uma condição de estresse agravada pela degeneração de um membro familiar querido.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura, buscando por meio de estudos já realizados, descrever determinado tema. Para nortear a revisão integrativa, foi elaborada a seguinte questão: “o que vem sendo publicado na literatura científica na última década a respeito do estado de saúde de pessoas cuidadores de idosos e como a ação da Estratégia da saúde da família

interfere na vida dessas pessoas?”. Foram selecionados artigos a partir da busca nas seguintes bases de dados: *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn).

Foram selecionados artigos de acordo com critérios de inclusão devendo ser: artigos em português publicados entre os anos de 2008 e 2017. Os critérios de exclusão foram: artigos com espaço amostral pequeno, ou que não tinham como abordagem a necessidade de auxílio especializado a cuidadores de idosos com alteração de consciência. Após a leitura de todos os artigos na íntegra e o refinamento frente aos objetivos deste estudo foram selecionados seis artigos.

Os artigos selecionados são nacionais, publicados em revistas da área da Enfermagem, Geriatria e Psicologia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria dos artigos consultados realizou um levantamento de dados em grupos com menos de uma centena de membros, adotando postura qualitativa.

Foi constatado que a maioria dos idosos com distúrbio de consciência recebe auxílio informal de seus familiares, sendo a maioria dos cuidadores, mulheres, de 20 a 70 anos e idade média de 50 anos, sendo geralmente filha ou esposa, o que pode ser explicado pela característica matriarcal da sociedade. Um ponto importante apontado por FERNANDES E GARCIA é que grande maioria dos cuidadores apresenta baixa renda ou dificuldade financeira, sendo que 67% dos entrevistados possuíam renda mensal familiar inferior a três salários mínimos.

Grande parte dos cuidadores voluntários afirmou em algum momento se sentirem deprimidos, ao verem seus familiares com uma doença debilitante, o que foi definido por Boss (1998) como “perda ambígua”, na qual o idoso esta presente fisicamente, mas ausente psicologicamente.

Um grande número de cuidadores afirmou que a maior parte dos problemas apresentados é oriunda da falta de amparo por parte dos familiares e serviços de saúde, gerando como constatado por SILVA e SANTANA, sobrecarga e estresse, resultado da sobreposição de tarefas, deficiências do sistema de saúde, características da habitação inapropriadas e alto custo dos cuidados. O trabalho de FALCÃO E BUCHER-MALUSCHKE relatou que grande parte dos entrevistados apresentavam apatia, tristeza crônica, isolamento e problemas conjugais, como distanciamento emocional e disfunção física.

Deste modo, fica evidente que a sobrecarga emocional, financeira e de trabalho gera problemas a toda a família, tornando o distúrbio da saúde do idoso um problema familiar. O artigo

de FALCÃO faz referência ao trabalho de Yuaso de 2002, em que o autor sugere quatro estratégias para remediar problemas de saúde familiar com origem no manejo de idoso debilitado, sendo a primeira e mais importante estratégia: Estabelecer redes de apoio.

Outro referencial teórico citado pelos artigos é o material teorizado por Walsh (1995), no qual o autor ressalta a necessidade de intervenção da assistência primária em saúde em familiares de idoso portadores de Doença de Alzheimer, afirmando que a intervenção deve visar reduzir o impacto estressante da doença e orientar de forma concreta os familiares a respeito da conduta a ser admitida e estabelecer vinculação permanente de serviços com a família.

CONCLUSÃO

O presente trabalho evidencia a grande ocorrência de distúrbios psicológicos e problemas na saúde familiar de cuidadores de idosos com distúrbio de consciência, ressaltando a grande relevância da atenção e assistência primária em saúde para reduzir os danos individuais e sociais. Como enfatizado em trabalhos citados, estabelecer estratégias de intervenção é fundamental para evitar agravos da saúde familiar, reduzir o índice de estresse e demais danos psicológicos em função do processo de alteração de consciência em idosos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FALCÃO, D.V.S; BUCHER-MALUSCHKE, J.S.N.F. **CUIDAR DE FAMILIARES IDOSOS COM A DOENÇA DE ALZHEIMER : UMA REFLEXÃO SOBRE ASPECTOS PSICOSSOCIAIS**. 2009. Maringá-PR, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n4/v14n4a18>>. Acesso em: 09 out. 2017.

FERNANDES, M.G.M; GARCIA, T.R. **Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes** . 2008. 7 p- Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/09.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

FREITAS, L.C.C.F et al. **Convivendo com o portador de Alzheimer** : Perspectivas do familiar cuidador . 2008.- Faculdade NOVAFAPI, Brasília-DF, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n4/18.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2017.

INOUE, Keyka; PEDRAZZANI, E.S.; PAVARINI, S.F.L. **Implicações da doença de Alzheimer na qualidade de vida do cuidador** : Um estudo comparativo. 2010. Universidade Federal de São Carlos, Rio de Janeiro-RJ, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n5/11.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

PINTO, Meiry Fernanda et al. **Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer** . 2009. 6 p. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo-SP, 2009. Disponível em: <<http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v22/n5/v22n5a9.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2017.

SILVA, R.M.F.M; SANTANA, R.F. **Diagnóstico de enfermagem ?tensão do papel de cuidador?** : Revisão integrativa. 2014. 10 p. Dissertação (Residência)- Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n4/1809-9823-rbgg-17-04-00887.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2017.

A QUANTIDADE DE USG NECESSÁRIAS AO LONGO DA GESTAÇÃO DE BAIXO RISCO

Jéssica Monique de Oliveira Toledo Linhares, Universidade Católica de Brasília

moniquetoledo1@gmail.com

Ana Vitória Campos Gomes, Universidade Católica de Brasília

anavitoriag@hotmail.com

Fábio Santana dos Passos, Universidade Católica de Brasília

fabiosago@gmail.com

Gabriella Piantino, Universidade Católica de Brasília

gabipiantino@gmail.com

Danielle Rabelo Gonzalez Veldman, Universidade Católica de Brasília

daniellegonzalez@outlook.com

INTRODUÇÃO

A ultrassonografia (USG) é uma técnica de exame que utiliza a interação de ondas sonoras de alta frequência, entre 1 a 20 MHz, com os diferentes tecidos e órgãos do corpo humano para originar os padrões de eco que originam imagens que são vistas por um monitor, sendo possível ter acesso à realidade do universo intrauterino.

O exame ultrassonográfico é um método diagnostico não invasivo, sem liberação de radiações ionizantes e não deletério para o feto, a gestante e o operador envolvido. Com o advento da escala cinza, as estruturas fetais foram mais facilmente delineadas, possibilitando o diagnóstico de anormalidades morfológicas fetais durante o pré-natal (Zugaib et al, 2008).

A ultrassonografia revolucionou a medicina, em especial a obstetrícia, visto que este exame tem importância por identificar anomalias congênitas, determinar com precisão a idade gestacional, gestações múltiplas, viabilidade da gestação e vitalidade do conceito. Através deste exame de imagem também é possível a detecção do sexo fetal e imagens anatômicos que propiciam aos pais e familiares a construção de laços afetivos precocemente.

Esse procedimento é considerado exame de rotina em todos os países do mundo e é um dos mais utilizados no diagnóstico pré-natal. O pré-natal é de extrema importância pois previne a mortalidade tanto materna quanto neonatal. As gestantes devem ser orientadas sobre a magnitude desse acompanhamento pois auxilia e ampara as mesmas ao decorrer da gestação.

A finalidade principal da assistência pré-natal é garantir a saúde da mãe e do feto durante toda a gravidez e o parto, preparando-a para esse momento; bem como identificar o mais rápido possível, situações que possam aumentar o risco de desfechos desfavoráveis, visando reduzir a mortalidade materna e perinatal. A assistência inadequada durante o pré-natal acarreta um maior risco para resultados adversos da gravidez. Já foi comprovado que gestantes que frequentaram os serviços de atenção pré-natal apresentaram menor número de complicações durante a gestação e crescimento intrauterino adequado. Demonstrando a relação entre a assistência ao pré-natal e o bem-estar do recém-nascido.

Na Estratégia Saúde da Família (ESF) o pré-natal é uma das prioridades dos profissionais quando se trata de gestantes, sendo estas acolhidas e integradas em uma equipe multidisciplinar que irá atendê-la.

Toda gestação gera riscos tanto à mãe quanto ao feto, considerando que o mesmo é um corpo estranho, no entanto existem aquelas em que há um risco iminente de doenças a qualquer um dos dois membros envolvidos nesse processo, sendo considerada gestação de alto risco: *“Aquela na qual a vida ou saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada”* (Caldeyro-Barcia, 1973). Cerca de 10% das pacientes desenvolvem alguma complicação, que muitas vezes poderia ser evitada ou pelo menos precocemente tratada quando o pré-natal se faz de forma consciente e atenta. Aquelas pacientes que não apresentam patologias antigas ou que não possuem risco iminente de adquirir uma doença durante a gravidez, possuem uma gestação considerada de baixo risco.

MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho consiste em uma revisão de publicações recentes nas bases de dados de Scielo, Pubmed, Medline, BVS, LILACS, além do caderno de atenção básica ao pré-natal de baixo risco, disponibilizado pelo Ministério da Saúde. No qual abordam a relação do atendimento à paciente gestante, a importância da ultrassonografia, bem como a quantidade necessária desse exame em uma gestação de baixo risco.

As palavras chaves utilizadas foram: “Ultrassonografia”, “Pré-natal baixo risco”, “Ultra-som”, “cuidado pré-natal”, “gravidez”, entre outras.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A especialidade médica que mais se beneficiou com o advento da USG sem dúvida foi a obstetrícia. Visto que esse exame é um método eficiente para avaliar a gravidez permitindo o rastreamento,

durante o pré-natal, de cromossomopatias, malformações e avaliação de risco gestacionais. Os médicos ao ver o feto com mais acuidade, podem diagnosticar com maior segurança, garantindo melhores condições de saúde para a mãe e o feto.

No Brasil a realização da USG em gestantes de baixo risco vai depender da disponibilidade do serviço. Não havendo recomendação para avaliar rotineiramente o crescimento fetal neste grupo de gestantes. Já em gestantes de alto risco, a avaliação do crescimento e da vitalidade fetal é recomendada.

A ultrassonografia, frequentemente, é o primeiro instrumento utilizado na avaliação das complicações da gestação.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza a realização de três exames ultrassonográficos na gestação, ou seja, um exame a cada trimestre da gravidez, sendo este:

- Primeiro trimestre: entre 11 e 14 semanas.

- Segundo trimestre: entre 20 e 24 semanas.

- Terceiro trimestre: entre 32 e 36 semanas.

O exame de USG no primeiro trimestre permite datar a idade gestacional com uma margem de erro de 3 a 5 dias, caso a data da última menstruação (DUM) não seja um dado confiável; avaliar se a gravidez é viável ou não (ectópica ou intra-uterina); determinar se a gestação é múltipla ou única; avaliar as medidas da translucência nuchal (TN), a presença ou ausência do osso nasal, anencefalias e aneuploidias.

Esse exame do primeiro trimestre é capaz de detectar 1/3 das malformações fetais e rastreio das síndromes genéticas e normalmente é feito pela via transvaginal, mais recomendada.

A precisão para determinação da idade gestacional, quando não se conhece a data da última menstruação, é maior quando o exame é efetuado na primeira metade da gestação, reduzindo a taxa de indução do parto devido a erro de data. O melhor parâmetro ultra-sonográfico de análise da datação da gestação é a medida do comprimento cabeça-nádegas (CCN), que deverá estar entre 45 e 84 mm.

A TN é o principal marcador cromossômico para aneuploidias. Ela pode ser medida tanto pela via transvaginal como pela via abdominal. A idade gestacional ideal para a medida da TN é entre 11 e 13 semanas e seis dias e sua medida normal é menor que 2,5mm. A TN aumentada está associada à presença de anomalias cromossômicas e malformações cardíacas. TN normal é indicativa de bem-estar fetal. Quando há TN alterada e ausência de aneuploidias, o feto geralmente cursa com outras malformações: cardiovasculares, do trato gastrointestinal, do trato urinário ou do sistema músculo-esquelético.

O saco gestacional pode ser observado por via transvaginal entre 4 a 5 semanas gestacionais e a atividade cardíaca é a primeira manifestação do embrião com 6 semanas gestacionais.

No segundo trimestre o exame irá avaliar a morfologia e crescimento fetal, a placenta, o líquido amniótico e a biometria fetal. Deve ser feito pela via abdominal, entre a 20ª e 24ª semana. Esse é o melhor momento para o diagnóstico de alguma malformação cardiovascular e do TGI. Apesar de aumentar a taxa de detecção das malformações congênitas, não existem evidências de que a USG em gestantes de baixo risco melhore o prognóstico perinatal.

A avaliação do crescimento fetal, na USG de rotina deve ser seriada, com intervalos entre duas e quatro semanas e baseada em comparações com USG anteriores.

A realização da ultra-sonografia morfológica que é prioridade entre 20 e 24 semanas gestacional, quando deve ser solicitada como rotina pré-natal. Este período é o mais adequado devido a um equilíbrio tal entre o líquido amniótico e a massa corporal fetal que permite maior contraste ecográfico para visibilização dos detalhes morfológicos, logicamente na dependência de alguns fatores que funcionam, como vieses tais como estática fetal e índice de massa corporal materna (Mauro A G Junior-G&O –Rio 2008).

Também, é nesse momento que a visualização do sexo fetal se torna possível, mais precisamente a partir de 18ª semanas de gestação.

Na USG de terceiro trimestre, feita entre a 32ª e 36ª, assim como na do segundo trimestre, é avaliado o crescimento fetal, a estimativa de peso, a placenta, o líquido amniótico, cordão umbilical (número de vasos e local de inserção) e a apresentação fetal.

As limitações da USG consistem em: qualidade do aparelho, dificuldades técnicas como obesidade materna, posição fetal, volume amniótico e gestação múltipla; e a habilidade e experiência do examinador.

CONCLUSÃO

A ultrassonografia de rotina não melhora o prognóstico perinatal isoladamente em gestações de baixo risco. Porém, uma ultrassonografia precoce permite o diagnóstico oportuno de gestações múltiplas, abortamentos, malformações e a datação mais acurada da idade gestacional, reduzindo o número de induções desnecessárias e evitando o pós-datismo. Não há evidências apoiando sua indicação rotineira com o propósito de melhorar o prognóstico perinatal. A decisão de incorporar ou não o exame à prática obstétrica deve considerar recursos disponíveis, qualidade dos serviços de saúde e características e expectativas dos casais.

Todavia, os possíveis benefícios da ultrassonografia de rotina durante a gestação sobre outros resultados permanecem ainda incertos, de modo que a não realização deste exame não constitui omissão, nem diminui a qualidade do pré-natal (CROWTHER et al., 1999).

A USG é um exame muito atrativo para as pacientes e seus parceiros, devido ao contato visual com os seus bebês e a segurança de saber que eles estão bem, sendo, assim, o momento do exame é muito importante para a gestante e para a relação materno-fetal, tanto em situações de normalidade como de anormalidade fetal. Portanto, esse procedimento deve ser realizado cuidadosamente e assistido pelos profissionais da saúde, tanto na sua dimensão médica como psicológica, pois gera um impacto emocional que repercutirá na relação da mãe com o bebê.

A USG morfológica do primeiro e segundo trimestre tem boa sensibilidade para detectar anomalias fetais e o exame do segundo trimestre apresenta uma melhor relação custo-benefício. Após 24 semanas, o exame não demonstrou nenhum benefício claro para a mãe ou para o feto, à exceção da avaliação da maturidade placentária que parece reduzir a mortalidade perinatal.

Assim, algumas sociedades, entre elas o *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG) e o *American College of Obstetricians and Gynaecologists* (ACOG), recomendam a realização de dois exames, sendo o primeiro ao redor de 12 semanas e o segundo por volta de 20 semanas, possibilitando uma melhor datação e avaliação da morfologia fetal. Já a OMS, preconiza a realização de três exames, um em cada trimestre da gestação. Contudo, é percebido que as gestantes são mais submetidas à ultrassonografia do que a alguns exames preconizados no atendimento pré-natal pelo Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal. Provavelmente esse excesso de USG feito pela gestante envolve mais uma questão emocional e psicológica do que um acompanhamento da gravidez.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM, Melania Maria Ramos; MELO, Adriana Suely de Oliveira - **Avaliação dos exames de rotina no pré-natal – parte 2.**

BASTOS, Guilherme de Almeida; BASTOS, Ricardo Sousa; REZENDE, Paulo Rogério; ROQUE, João Batista de Oliveira; VILARINHO, Ana Paula Ferreira - **Ultra-Sonografia Obstétrica no Pré-Natal de Baixo Risco**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 32)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de humanização no parto**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CAETANO, Ana Carolina Rabachini; JUNIOR, Edward Araujo; MELETI, Daniela; MORON, Antonio Fernandes; NARDOZZA, Luciano Marcondes Machado - **A ultrassonografia rotineira em pré-natal de baixo risco colabora com a diminuição das mortalidades maternas e neonatais?**.

GOMES, Aline Grill; PICCININI, Cesar Augusto - **A ultra-sonografia obstétrica e a relação materno-fetal em situações de normalidade e anormalidade fetal**.

MARTINS, Priscilla Martha; PARIS, Gisele Ferreira; PELLOSO, Sandra Marisa - **Qualidade da assistência pré-natal nos serviços públicos e privados**.

A RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NA SOLICITAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS

Gláucia Naves Silva, Universidade Católica de Brasília, glaucia.naves@hotmail.com

Lauriene de Souza Nogueira, Universidade Católica de Brasília, lauriene.s.nogueira@gmail.com

Murilo Rocha de Sá, Universidade Católica de Brasília, murilorsa@hotmail.com

Victor Augusto de Medeiros, Universidade Católica de Brasília, victoramedeiros@hotmail.com

Fabiana Nunes de Carvalho Mariz, Universidade Católica de Brasília, marizfabianan@gmail.com

Introdução

Para garantir os princípios de universalidade, equidade e integralidade da saúde pública aos 76% de brasileiros usuários deste serviço através do Sistema Único de saúde (SUS) lança-se mão do desafio de balancear e, prudentemente, utilizam-se os recursos cabíveis e disponíveis. A dinâmica e demanda do serviço de saúde brasileiro impõe ao profissional de saúde uso racional de seus recursos, afim de não onerá-lo, tirando de outrem a chance de utilizar o serviço com mesma qualidade. Em âmbito de gestão o desafio se torna ainda mais sério. A pirâmide demográfica e social do nosso país expõe um futuro epidemiológico de doenças crônicas em uma população mais envelhecida - fatores que predizem maior ônus ao sistema de saúde.

Os exames laboratoriais, desde os mais simples aos mais complexos, são ferramentas diagnósticas essenciais dentro do serviço de saúde. Seu custo é altamente variável, assim como sua complexidade; sua demanda é compatível com o nível de complexidade dos serviços prestados. São ferramentas diagnósticas importantes, pois, na garantia da integralidade da atenção, prevenção, construção do raciocínio clínico e orientação ao tratamento, bem como no acompanhamento seguinte. O objetivo desse trabalho consiste em destacar a responsabilidade do profissional de saúde na solicitação de exames laboratoriais.

Materiais e Métodos

Este trabalho compila fontes literárias encontradas nas seguintes bases de dados: Scielo, PubMed e Google Acadêmico, a partir das palavras-chave "exames laboratoriais", "solicitação de exames" e "erros pré-analíticos".

Resultados e Discussão

Os critérios para solicitação desses exames, como interpretação e compreensão de seus achados são, ainda, heterogêneos e, portanto, com sua importante demanda deve acompanhar-se equivalente responsabilidade. As solicitações indevidas de exames laboratoriais podem dar-se por diferentes motivos. A falta de critérios nas solicitações, divergência de interpretação, desconhecimento de custos e dinâmica de gestão, ausência de uniformidade na formação diagnóstica, dentre outros aspectos.

Para a solicitação de exames dentro da necessidade que envolve cada paciente faz-se necessário definição de critérios, protocolos clínicos, interpelação de opiniões médicas, equipe multiprofissional de saúde e atualização de conceitos e condutas poevidências. Ao contrário, observamos condutas que se distanciam desses pilares por, em muitos casos, simples convenção pessoal ou do núcleo de serviço, sem uma visão completa e integral do profissional para com o paciente.

Instituições com prática de ensino possuem, aproximadamente, 68% dos testes laboratoriais evitados sem qualquer efeito adverso no manejo clínico do paciente. Além disso, no acompanhamento da evolução clínica, encontram-se resultados, frequentemente, inalterados que supõem desnecessária indicação. Em consultas pré-operatórias, momento de grande demanda dos exames laboratoriais, a precaução clínica ultrapassa a indicação coerentemente necessária dentro de protocolos defensivos. 56% dos pacientes sem comorbidades realizam, desnecessariamente, exames laboratoriais.

Segundo a Organização mundial de saúde (OMS), a grande chance de falsos positivos em solicitações desnecessárias pode direcionar o profissional à tomada de condutas prescritivas errôneas. Ainda segundo à OMS, 50% dos medicamentos são incorretamente prescritos, dispensados e vendidos, sendo que apenas em menos da metade houve seguimento de protocolos clínicos.

Conclusões

Por tudo isso, destacamos a relevância de uma formação profissional que volte os olhos do acadêmico à importância da cautela ao solicitar exames laboratoriais. Ainda, que, enquanto profissionais, estejamos atentos às nossas solicitações, pensando na construção diagnóstica em conjunto com o contexto de todo sistema de saúde em que estamos inseridos. A solicitação consciente de exames laboratoriais pode aprimorar desde a construção diagnóstica até a condução do tratamento e garantir proximidade no exercício dos pilares que sustentam o SUS.

Palavras-chave: Análises Clínicas; Gestão de recursos na saúde; Solicitação Consciente de Exames.

Referências Bibliográficas

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR.

Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2002. 264 p

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA-EXECUTIVA. ÁREA DE ECONOMIA DA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO. **Avaliação de tecnologias em saúde: Ferramentas para a Gestão do SUS.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

FURB. **Índices de Inflação: IBGE, FIPE e FURB.** 2012. Disponível em:

<http://www.furb.br/ips/ip/IndicesDiversos.html>>. Acesso em: 14 de out. 2017

MACHADO, F. O et al. **Avaliação da Necessidade da Solicitação de Exames Complementares para Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva de Hospital Universitário.**

Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 18, n. 4, 2006.

PAS/SUS – Rede Interagencial de informações para a Saúde – RIPSa. **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações.** Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde; 2002

A TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL PÓS-MENOPAUSA E OS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES

Camila Campos Aquino, Universidade Católica de Brasília,
camilacamposaquino@hotmail.com

Juliana Faleiro Pires, Universidade Católica de Brasília, julianafaleirop@hotmail.com

Fernanda Melchior, Universidade Federal de Santa Catarina,
fernandakmelchior@gmail.com

Bárbara Valadão Junqueira, Universidade Católica de Brasília, bab.junqueira@gmail.com

Bruna Serpa da Silva, Universidade Católica de Brasília, manubru48@gmail.com

Palavras-chave: TRH. Mulheres. Menopausa. Hormônios. Efeitos cardiovasculares.

Introdução

A menopausa pode ser definida como um fenômeno que ocorre no sexo feminino caracterizado pela cessação permanente da menstruação durante um ano. No início da transição menopáusica, algumas alterações podem ser observadas. Os ciclos ovulatórios normais podem ser intercalados com ciclos anovulatórios, os níveis de FSH são elevados, e os níveis de estrogênio sérico podem aumentar. O final da transição menopáusica se caracteriza por falhas na menstruação e pelo menos um intervalo intermenstrual de 60 dias ou mais devido aos períodos de anovulação (WHAYNE et al, 2015).

O fato de o ovário ter esgotado sua população folicular e a mulher ter entrado na menopausa não significa que não exista mais função ovariana. O ovário continua ativo, porém, após a menopausa todo o perfil hormonal da mulher se altera. Não há mais folículos ovarianos, assim, não há mais crescimento folicular e a produção de estrogênio pelo ovário torna-se desprezível, passando a ser produzido pelo tecido adiposo. Diante disso, nota-se que os declínios desses níveis de estrogênio aumentam os fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), as quais são as principais causas de morbimortalidade entre as mulheres (WHAYNE et al, 2015).

A Terapia de Reposição Hormonal (TRH) é uma abordagem utilizada para aliviar os sintomas da menopausa. Por muito tempo, também, foi prescrita para prevenção de DCV, porém tal fator protetor passou a ser questionado após resultados da Iniciativa de Saúde da Mulher (WHI). Diante disso, na atualidade, ainda há muitas controvérsias em relação à TRH e seus riscos e benefícios, associados aos seus efeitos cardiovasculares (MACLARAN et al, 2012).

Metodologia

Realizou-se uma busca ativa de artigos nas bases de dados Lilacs, Scielo e Pubmed, com as palavras-chave “hormone therapy”, “cardiovascular disease” e “menopausal”, foram encontrados em média 4200 artigos. Desse total de 4200, foram selecionados 5 artigos, sendo priorizados artigos entre o ano de 2012 e 2017, artigos de revisão de literatura e na língua inglesa. Foram excluídos artigos com menor grau de evidência: opinião de especialistas e estudos de casos/séries de casos.

Discussão

O período de transição para a menopausa é caracterizado por ciclos menstruais irregulares, podendo estar associado a outros sintomas, como dores de cabeça e sudorese. Além disso, o período de transição baseia-se no nível sanguíneo do hormônio folículo estimulante (FSH). Com base nisso, uma das classificações utilizadas para determinar o status reprodutivo das mulheres é: a menopausa é definida como o último período menstrual há mais de 365 dias antes do momento do exame. Esse dado pode ser mais preciso se também for avaliada a medida dos níveis de FSH, que são definidos como superiores a 40 IU/L. Já o período de transição da menopausa seria definido como o último período menstrual relatado em menos de 365 dias, mas em mais de 60 dias antes do período de exame (PITHA, 2017).

A TRH é indicada apenas para o tratamento de sintomas vasomotores, atrofia vaginal e prevenção de osteoporose, com reavaliações em intervalos de 6 a 12 meses. A terapia deve ser feita em baixas doses, por períodos de tempo mais curtos. Sendo que nos casos em que a terapia é indicada, deve ser feita com estrogênio. No entanto, em mulheres que possuem o útero, deve ser adicionado o progestágeno, a fim de evitar o aparecimento de câncer de endométrio (ALHURANI et al, 2016).

Há estudos observacionais que demonstram que o estrogênio, utilizados na terapia, em doses convencionais, tem uma ação antiaterogênica. Além de melhorar o perfil lipídico, ele preserva a função endotelial dos vasos, inibe a agregação plaquetária, efeito vasodilatador. Enquanto que a ação dos progestágenos estão muito influenciados pela dose e duração da terapia, sendo que o maior benefício do progestágeno é a proteção endometrial. (PARDINI, 2014).

Na década de 1960 a estrogenoterapia era prescrita para todas as mulheres menopausadas, o que resultou em complicações principalmente em nível endometrial. No final da década de 1990, a TRH era considerada benéfica na prevenção primária e secundária de DCV, demência e perda de massa óssea. No entanto, em 2002, com a publicação de novos estudos e diretrizes, o fator protetor

da TRH passou a ser questionado. Tal controvérsia pode ser descrita como hipótese de tempo (PARDINI, 2014).

A hipótese de tempo é baseada nos dados estabelecidos de que os efeitos cardiovasculares da TRH podem variar de acordo com a idade ou o tempo vascular da menopausa. Ou seja, a idade dos pacientes e o tempo decorrido após a menopausa são importantes para determinar os riscos da terapia, assim sendo existe um período mais favorável para seu início, conhecida como “janela de oportunidade”, que é um período perimenopáusico. Uma vez que nesse período os níveis de estrogênios estão decrescendo e os sintomas são mais evidentes, principalmente os sintomas vasomotores. Portanto os vasos apresentam menor comprometimento estrutural e assim os riscos cardiovasculares são menores (ALHURANI et al, 2016; PARDINI, 2014).

Esta janela de oportunidade ajuda a entender resultados de estudo conflitantes. Alguns estudos observacionais foram realizados em mulheres mais jovens (em média 50 anos) e com início da TRH mais próximo da menopausa, e os testes randomizados foram realizados com mulheres com idade média de 60 anos, com início da TRH mais de 10 anos após a menopausa. Além disso, a transição da menopausa parece ser o período ideal para a intervenção em mulheres em risco, ainda assim, é muito difícil definir qual é o tempo ideal para o tratamento (ALHURANI et al, 2016; PARDINI, 2014).

Dois fatores de risco cardiovasculares podem causar confusão na interpretação do efeito da menopausa no sistema cardiovascular: o fumo, que diminui a idade da menopausa para uma idade mais jovem; o sobrepeso/obesidade, que aumenta o tempo da menopausa em direção a uma idade mais avançada, sendo considerado um efeito protetor. Assim, as mudanças de estilo de vida, principalmente mudanças na dieta, prática de atividade física e cessação do tabagismo, tem papel fundamental na diminuição dos eventos cardiovasculares (PITHA, 2017).

Mediante as disparidades nos resultados, atualmente a TRH como prevenção primária em DCV é contraindicada. No entanto, a paciente do sexo feminino com menos de 10 anos de menopausa e em idade normal para a menopausa pode ser assegurada que qualquer risco cardiovascular da TRH é bastante baixo, sendo contraindicada para mulheres com história de IAM, AVC e embolia pulmonar (MACLARAN et al, 2012).

Conclusão

A TRH é uma abordagem utilizada para aliviar os sintomas da menopausa. Ainda não há um consenso sobre o uso da TRH e a redução do risco de DCV em mulheres na menopausa, sendo seu uso contraindicado para prevenção primária de DCV. O tratamento com TRH deve ser a curto prazo

e com a menor dose efetiva, as práticas de prescrição devem ser individualizadas mediante ao estado de saúde, crenças pessoais, expectativas e risco-benefício.

Referências

1. ALHURANI, R. E. et al. Sex hormone therapy and progression of cardiovascular disease in menopausal women. Clin Sci (Lond). 2016 July 01; 130(13): 1065–1074.
2. MACLARAN K, STEVENSON JC. Primary prevention of cardiovascular disease with HRT. Women's Health. 2012;8(1):63-74.
3. PARDINI, D. Terapia de reposição hormonal na menopausa. Arq Bras Endocrinol Metab. 2014;58/2.
4. PITHA, J. Lost in Menopausal Transition: the Timing of Atherosclerosis. Prevention in Women. Physiol. Res. 66 (Suppl. 1): S39-S45, 2017.
5. WHAYNE T F, MUKHERJEE D. Women, the menopause, hormone replacement therapy and coronary heart disease, Current Opinion in Cardiology: July 2015 - Volume 30 - Issue 4 - p 432–438.

A TRANSMISSÃO DA DOENÇA DE CHAGAS EM PACIENTES SUJEITOS A HEMATOTRANSFUSÕES

Amanda Gogola Ferreira, amandagogola@hotmail.com, Universidade Católica de Brasília.

Pedro Márcio de Moura Costa, pedro.moura.costa0205@gmail.com, Universidade Católica de Brasília.

Lucas Caetano Melo, melolucas1@hotmail.com, Universidade Católica de Brasília.

Carolina Barbosa Carvalho do Carmo, caca.carmo@hotmail.com, Universidade Católica de Brasília.

Cintia do Couto Mascarenhas, cintia.docouto@gmail.com, Universidade Católica de Brasília

Palavras-chave: “*Trypanosoma cruzi*”. “Transfusões sanguíneas”. “*Triatoma infestans*”

INTRODUÇÃO

A transmissão do *Trypanosoma cruzi* por meio de transfusões sanguíneas, por exemplo, foi confirmada no Brasil em 1952, no contexto em que os doadores ainda recebiam remuneração para doar o sangue. Sendo assim, essa visão muito difere da atual percepção da doação de sangue como ato de altruísmo. Naquela época, a avaliação sorológica pré-transfusional do sangue do doador não era obrigatória, fator este que alavancava a incidência de transmissão da Doença de Chagas por meio desses procedimentos. Então, em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, que se discutiu a necessidade de aumentar a seguridade do sangue coletado, estabelecendo-se normas para essa avaliação. No presente estudo é exposto o histórico de transmissão de Chagas por meio de transfusões sanguíneas.

MATERIAL E MÉTODO

O presente trabalho é uma revisão bibliográfica realizada da base de dados Scielo e Pubmed de artigos completos, e as palavras chaves utilizadas foram: “Doença de Chagas”, “Transfusão de Sangue”, “Segurança do Sangue”, “*Trypanosoma cruzi*”. Foram considerados estudos disponíveis e completos com seres humanos, nas línguas inglesa e portuguesa entre os anos 2004 e 2017.

DISCUSSÃO

Durante as décadas de 60 e 70, a quantidade de doadores portadores do *Trypanosoma cruzi* era cerca de 6,9 %. Nessa época, as transfusões sanguíneas eram a via de transmissão em 20% dos

casos, o que gerava um aumento de 20 mil novos casos da doença no Brasil por ano. Isso se deve ao fato de grande parte dessas transfusões serem realizadas com sangue total, além de ser via braço à braço, o que aumentava significativamente a probabilidade de transmissão de doenças de contágio indireto. Nessa época, mecanismos de profilaxia, como a sorologia pré-transfusional e o programa de combate ao *Triatoma infestans*, não eram colocados em prática, o que reflete o baixo conhecimento sobre a transmissão do parasita na época.

Cumprindo o compromisso assumido com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) de erradicar a transmissão transfusional da doença de Chagas, o Brasil criou diretrizes que definem procedimentos técnicos de hemoterapia, os quais foram cruciais para se iniciar a realização da avaliação sorológica do sangue do doador imediatamente após coleta e anteriormente a liberação da bolsa para transfusão. Esse foi um marco de avanço para a saúde pública, tendo em vista que uma elevada percentagem dos que apresentaram soropositividade ao parasita não tinham conhecimento prévio sobre seu estado sorológico, pois geralmente a doença só é sintomática em imunossuprimidos ou deprimidos.

Após a adoção de medidas de profilaxia, como a triagem clínica e sorológica obrigatória em todos os hemocentros e o controle do inseto vetor, a presença de soropositividade entre os doadores caiu para 0,2%. Atualmente, o risco da transferência por transfusão sanguínea se restringe àqueles raros casos de falha de sensibilidade dos testes sorológicos, com uma incidência inferior a 0,5% dos casos.

CONCLUSÃO

Desse modo, é notória a diminuição da incidência de transmissão de chagas via transfusão sanguínea após a instituição de procedimentos como o controle vetorial mais rigoroso, a proibição de remuneração aos doadores, a normatização das práticas padrões na coleta do sangue em todos os Hemocentros do Brasil, destacando a obrigatoriedade do teste sorológico na triagem para a doação. É válido ressaltar que nenhuma transfusão é isenta de riscos para os receptores, o que torna imprescindível a constante manutenção dos protocolos técnicos para procedimentos hemoterápicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARRAZZONEI, C. F. V. et al. Importância da avaliação sorológica pré-transfusional em receptores de sangue. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, São José do Rio Preto SP, v. 26, n. 2, out. 2004.

DIAS, João C. P.. Doença de Chagas e transfusão de sangue no Brasil: vigilância e desafios. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter**, São José do rio Preto, v. 28, n. 2, abr./jun. 2006.

MORAES-SOUZAI, Helio; II, ; FERREIRA-SILVAIII, Márcia Maria. O controle da transmissão transfusional. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba MG, v. 44, n. 2, 2./out. 2017.

SILVAI, Vera Lúcia Carvalho Da; LUNAI, Expedito José De Albuquerque. Prevalência de infecção pelo T. cruzi em doadores de sangue nos hemocentros coordenadores do Brasil em 2007. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, mar./jun. 2013

ÁCIDO GRAXO PALMITOLÉICO E POSSÍVEIS PROPRIEDADES FUNCIONAIS

Matheus Albuquerque de Oliveira Mendes

Maria Fernanda Castioni Gomes

Palavras-chave: Ômega 7. Ácido Palmitoléico. Óleo de macadâmia.

Introdução

O Ácido graxo Palmitoléico (16:1n-7) tem sido alvo de interesse atual por ser um lipídio com ação anti-inflamatória bastante promissor e que pode ajudar a melhorar distúrbios metabólicos. Além disso, tem sido chamado de lipocina ou hormônio lipídico, pois é liberado do tecido adiposo atuando no fígado melhorando a esteatose além de melhorar a sinalização muscular de insulina (CAO et al, 2008). Numerosos estudos tem demonstrado potenciais benefícios do consumo de ômega 3,6 e 9, com maior ênfase no potencial anti-inflamatório do ômega 3, porém alguns trabalhos tem demonstrado essas ações no consumo do ácido palmitoléico. O objetivo do presente estudo é realizar uma revisão bibliográfica sobre o ácido palmitoléico, e seus potenciais benefícios no metabolismo.

Metodologia

Para a realização desta revisão bibliográfica foram utilizadas como fontes de pesquisa as bases de dados: CAPES, Scielo, Google acadêmico e Pubmed. Foram utilizadas as palavras chave: ômega 7, ácido palmitoléico, óleo de macadâmia. As buscas foram feitas em português e sem definição de idioma, sendo selecionados artigos em português, espanhol e inglês. A pesquisa bibliográfica foi realizada no período de 30 de agosto a 25 de outubro de 2016. A seleção dos artigos foi realizada através da análise do título e também leitura dos resumos. Foram incluídas 4 revisões bibliográficas e 24 artigos originais abrangendo o período de 2000 a 2016, pertinentes ao tema do trabalho, depois de selecionados não houve exclusão de nenhum.

Discussão e Resultados

O Ácido Palmitoléico (C16:1 n-7) é um ácido graxo monoinsaturado, produzido no próprio tecido adiposo, que recentemente recebeu a denominação de lipocina, pois age sobre o tecido muscular recuperando a sensibilidade à insulina na obesidade.

Além disso, alguns estudos demonstram uma importante redução nos triglicérides séricos, diminuição do peso corporal e melhora na sensibilidade insulínica de ratos após o consumo de macadâmia, importante fonte desse ácido graxo (YANG,2011).

Estudos em humanos parecem corroborar os achados, um deles realizado com mulheres jovens japonesas com intervenção dietética de três semanas recebendo óleo de macadâmia, óleo de coco ou manteiga. Após o período de intervenção as concentrações séricas de colesterol e das lipoproteínas de baixa densidade foram significativamente reduzidas no grupo alimentado com a macadâmia e do óleo de coco e o índice de massa corporal só foi reduzido no grupo que consumiu essa oleaginosa. (HIRAOKA-YAMAMOTO et al., 2004).

Um outro estudo avaliou o consumo da macadâmia em homens que já apresentavam com hipercolesterolemia e os marcadores plasmáticos de estresse oxidativo, coagulação e inflamação. Foram fornecidos de 40 a 90g/dia de macadâmia, o equivalente a cerca de 15% da ingesta de energia total, durante o período de 4 semanas para 70 homens com colesterol alto. Os marcadores inflamatórios como leucotrienos e LTB4 foi significativamente menor com as 4 semanas de intervenção. Esse estudo demonstra que um curto consumo de macadâmia modifica favoravelmente os marcadores de estresse oxidativo, trombose e inflamação que são os riscos para doenças artérias e coronarianas (GARG et al, 2007; LI et al, 2015).

Um estudo duplo cego randomizado realizado com adultos dislipidêmicos e com evidências de inflamação sistêmica, com níveis elevados de PCR, foram distribuídos aleatoriamente em dois grupos com 30 participantes em cada, para receber 220,5 mg de ácido cis-palmitoleico ou uma cápsula idêntica com um placebo contendo 1,000 mg de triglicerídeos de cadeia média, uma vez por dia durante 30 dias. Além disso, os participantes foram informados para manter as suas dietas habituais durante o estudo. Houve exame de Proteína C reativa antes e ao final do estudo. Após os 30 dias, houve uma melhora significativa na redução da PCR, triglicérides e lipoproteína de baixa densidade e aumento de 5% no HDL no grupo do ácido cis-palmitoleico em comparação com o grupo controle. (BERNSTEIN; ROIZEN; MARTINEZ, 2014).

Conclusão

Os estudos feitos em humanos demonstraram um papel importante na fisiopatologia da resistência à insulina, redução das concentrações séricas de colesterol, lipoproteínas de baixa densidade, índice de massa corporal, modificação favorável dos marcadores de estresse oxidativo, trombose e inflamação além da diminuição de níveis de triglicerídeos, insulina em jejum e pressão arterial sistólica, relação inversa para casos de câncer em grupo com baixa ingesta de antioxidantes,

associação inversa de câncer em centros de pesquisa fora da Espanha, falta de evidências relacionadas ao câncer em estudos de coorte e caso controle e melhora significativa na redução da PCR, triglicérides e aumento no HDL.

Porém, mais estudos em humanos devem ser realizados para que possamos entender melhor o papel desse ácido graxo no metabolismo humano e dessa forma prescrever ou não essa substância com o objetivo de obter papéis funcionais na modulação orgânica.

Referências

- BERNSTEIN, AM; ROIZEN, MF; MARTINEZ, L. Purified palmitoleic acid for the reduction of high-sensitivity C-reactive protein and serum lipids: a double-blinded, randomized, placebo controlled study. **Journal of clinical lipidology**, v. 8, n. 6, p. 612-7, 2016
- CAO, H.; GERHOLD, K.; MAYERS, JR.; WIEST, MM.; WATKINS, SM.; HOTAMISLIGIL, GS. Identification of a lipokine, a lipid hormone linking adipose tissue to systemic metabolism. **Cell**, California, USA, v. 134, n. 6, p. 933-44, 2008
- GARG, ML; BLAKE, RJ; WILLS, RB; CLAYTON, EH. Macadamia nut consumption modulates favourably risk factors for coronary artery disease in hypercholesterolemic subjects. **Lipids**, v. 42, n. 6, p. 583-7, 2007
- HIRAOKA-YAMAMOTO, J.; IKEDA, K.; NEGISHI, H; MORI, M.; HIROSE, A.; SAWADA, S.; ONOBAYASHI, Y.; KITAMORI, K.; KITANO, S.; TASHIRO, M.; MIKI, T.; YAMORI, Y. Serum lipid effects of a monounsaturated (palmitoleic) fatty acid-rich diet based on macadamia nuts in healthy, young Japanese women. **Clinical and experimental pharmacology e physiology**, v. 31, p. s37-8, 2004.
- LI, P; OH, D. Y.; BANDYOPADHYAY, G; LAGAKOS, W. S.; TALUKDAR, S; OSBORN, O; JOHNSON, A; CHUNG, H; MARIS, M; OFRECIO, J. M; TAGUCHI, S.; LU, M.; OLEFSKY, J. M. LBT4 causes macrophage-mediated inflammation and directly induces insulin resistance in obesity. **Nature medicine**, v.21, n. 3, p. 239-47, 2015.

ACINETOBACTER BAUMANNII MULTIRRESISTENTE: MECANISMO DE RESISTÊNCIA A β -LACTÂMICOS

Michele Lima Figueiredo¹, Mayara Godinho de Souza², Silvia Regina da Silva Leal², Yara de

Fátima Hamu¹, Fabiana Nunes de Carvalho Mariz¹

1. Universidade Católica de Brasília, 2. Hospital Regional da Ceilândia

michele.figueiredo@hotmail.com, may.godinho@gmail.com, silvialleal@gmail.com,

yarafhamu@gmail.com, marizfabianan@gmail.com

INTRODUÇÃO

O gênero *Acinetobacter* sp., caracterizado por cocobacilos Gram-negativos imóveis, catalase-positivos, oxidase-negativos e não fermentadores, é classificado como integrante da família *Moraxellaceae*, da ordem *Gammaproteobacteria* (HOWARD; O'DONOGHUE; FEENEY, 2012).

O *Acinetobacter baumannii* é um microrganismo patogênico oportunista que está envolvido com as infecções hospitalares, tais como: bacteremias, meningites, infecções do trato urinário e, sobretudo, com as pneumonias relacionadas à ventilação mecânica em pacientes internados em UTI. (MARTINS; BARTH, 2010) O gênero *Acinetobacter* spp. compreende 31 espécies distintas, sendo a *A. baumannii* considerada de maior importância clínica (MARTINS; BARTH, 2010).

Esta bactéria apresenta mecanismos que facilitam a colonização de pacientes e de equipamentos hospitalares, como a formação de biofilmes por ação das proteínas da membrana bacteriana externa A – OmpA, um fator-chave na descrição da patogênese deste microrganismo (CHOI; LEE; LEE et al, 2005). Além disso, sua habilidade em sobreviver em uma variedade de condições ambientais e persistir por longos períodos em superfícies o faz uma frequente causa de surtos de infecção hospitalar (FOURNIER; RICHET; WEINSTEIN, 2006).

O surgimento de resistência não só limita o uso de terapias efetivas, mas também favorece o crescimento e disseminação de agentes patogênicos resistentes, derivados da pressão seletiva exercida por antimicrobianos empíricos inapropriados que eliminam as populações bacterianas suscetíveis. Portanto, a resistência antimicrobiana está associada a hospitalização prolongada, aumento dos custos com a saúde e maiores taxas de mortalidade (WOODFORD; TURTON; LIVERMORE, 2011). Diante do exposto, o objetivo desse trabalho é descrever a importância clínica dos diferentes mecanismos de resistência antimicrobiana do *A. baumannii*.

MATERIAL E MÉTODOS

Para esta revisão foram utilizados artigos originais e de revisão, publicados nas bases de dados, SciELO e Pubmed, em idioma inglês e português. Para busca foram utilizadas as palavras-chaves: *Acinetobacter baumannii* multirresistente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os carbapenêmicos já foram a melhor opção de tratamento para essas infecções, principalmente com a emergência de resistência a outros β -lactâmicos, aos aminoglicosídeos e fluorquinolonas. Diferentes mecanismos estão envolvidos com a resistência aos β -lactâmicos, como produção de β -lactamases, redução na permeabilidade da membrana externa, perda de porinas, alterações nos sítios de ligação dos antibióticos e a hiperexpressão de bombas de efluxo. (GIAMARELLOU; ANTONIADOU; KANELLAKOPOULOU, 2008)

Os mecanismo de resistência podem ser intrínsecos ou adquiridos, sendo que ambos têm sido observados no *A. baumannii*. (MARTINS; BARTH, 2010) Dentre os β -lactâmicos, destacam-se os carbapenens (Imipenem e Meropenem), fármacos com amplo espectro de ação. Todavia, a emergência global de cepas resistentes à vasta maioria dos β -lactâmicos, incluindo carbapenens, põe em foco o potencial deste patógeno em responder rapidamente a mudanças de pressão seletiva ambiental. (VIEIRA; PICOLI, 2015)

Os β -lactâmicos atuam inibindo a última etapa da síntese de peptideoglicano por inibição da transpeptidase. Além disso, as proteínas de ligação da penicilina-PBP participam na síntese do peptideoglicano e no processo de divisão celular. Para ter ação antimicrobiana, os β -lactâmicos precisam penetrar na parede celular e se ligar as PBPs. Nas Gram-negativas o processo é mais difícil, uma vez que sua parede celular apresenta uma camada de lipopolissacarídeos ancorada na membrana externa que também dificulta a penetração de fármacos hidrofílicos. (MARTINS; BARTH, 2010)

Além disso, *A. baumannii* carece das porinas de alta permeabilidade que permitem que o fármaco penetre na célula. Para que os β -lactâmicos tenham ação é necessário que o anel β -lactâmico esteja intacto. As β -lactamases são enzimas que rompem o anel β -lactâmico inativando o antibiótico. Essas enzimas são classificadas de acordo com a sua homologia na sequência de aminoácidos ou de acordo com a sua preferência por determinado substrato. Entre as principais β -lactamases destacam-se as AmpC, ESBL e carbapenemases. Algumas bactérias podem expressar enzimas de modo constitutivo no seu cromossomo, ou adquiri-las através dos fenômenos de conjugação ou recombinação homologa. (MARTINS; BARTH, 2010).

Originalmente os carbapenemases, eram descritas como cromossomicamente codificadas, sendo assim específicas a uma determinada espécie, porém a identificação de carbapenemases codificadas por plasmídeos alertou para um problema global de disseminação interespecíes. (VIEIRA; PICOLI, 2015)

CONCLUSÕES

Com o crescimento frequente das infecções hospitalares associadas a espécies *Acinetobacter* e com o seu rápido progresso de multirresistência, têm se tornado um grave problema de saúde pública. Logo, o entendimento dos mecanismos de resistência, são fundamentais para melhor manejo dessas infecções, evitando uma maior disseminação.

Palavras-chaves: IRAS. BGN-NF. Resistencia Antimicrobiano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CHOI, Chul Hee; LEE, Eun Young; LEE, Yoo Chul. Outer membrane protein 38 of *Acinetobacter baumannii* localizes to the mitochondria and induces apoptosis of epithelial cells. **Cellular Microbiology**, [s.l.], v. 7, n. 8, p.1127-1138, ago. 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16008580>>. Acesso em: 27 set. 2017.
- FOURNIER, P. E.; RICHET, H.; WEINSTEIN, R. A.. The Epidemiology and Control of *Acinetobacter baumannii* in Health Care Facilities. **Clinical Infectious Diseases**, [s.l.], v. 42, n. 5, p.692-699, 1 mar. 2006. Oxford University Press (OUP). Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16447117>>. Acesso em: 27 set. 2017
- GIAMARELLOU, Helen; ANTONIADOU, Anastasia; KANELAKOPOULOU, Kyriaki. *Acinetobacter baumannii*: a universal threat to public health?. **International Journal of Antimicrobial Agents**, [s.l.], v. 32, n. 2, p.106-119, ago. 2008. Elsevier. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18571905>>. Acesso em: 27 set. 2017.
- HOWARD, Aoife; O'DONOGHUE, Michael; FEENEY, Audrey. *Acinetobacter baumannii*. **Virulence**, [s.l.], v. 3, n. 3, p.243-250, maio 2012. Informa UK Limited. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22546906>>. Acesso em: 27 set. 2017.
- MARTINS, A. F.; BARTH, A. L. **Caracterização Epidemiológica e Molecular de isolados de *Acinetobacter baumannii* resistentes aos carbapenêmicos na cidade de Porto Alegre**. 2010. Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

VIEIRA, Pb; PICOLI, Su. *Acinetobacter baumannii* Multirresistente: Aspectos Clínicos e Epidemiológicos. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [s.l.], v. 19, n. 2, p.151-156, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewFile/23055/15063>>. Acesso em: 09 out. 2017.

WOODFORD, Neil; TURTON, Jane F.; LIVERMORE, David M.. Multiresistant Gram-negative bacteria: the role of high-risk clones in the dissemination of antibiotic resistance. **Fems Microbiology Reviews**, [s.l.], v. 35, n. 5, p.736-755, set. 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21303394>>. Acesso em: 26 set. 2017.

ADESÃO À TARV E TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.

Heloisa Yukie Arake Shiratori, UCB, heloyukie@gmail.com

Catharina Machado Bandeira de Melo, UCB, catharina.m_95@hotmail.com

Christine Brasil Guerra, UCB, christinebguerra@gmail.com

Danielle Rabelo Gonzalez Veldman, UCB, drgveldman@gmail.com

Eloá Fátima Ferreira de Medeiros, docente UCB, eloamedeiros@gmail.com

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a Terapia Anti-Retroviral (TARV) se tornou uma estratégia muito importante na terapêutica de pacientes infectados com o vírus HIV, pois faz com que ocorra uma grande redução na morbidade e mortalidade, além de aumentar exponencialmente a qualidade de vida dos pacientes. Os benefícios da terapia são inquestionáveis e o sucesso para a supressão virológica é surpreendente. Mesmo assim ainda hoje as pesquisas buscam inovações e estratégias cada vez mais eficazes, tanto na terapia pós-contágio como na prevenção da infecção. (BETANCUR et al, 2017)

Entretanto, ainda que, atualmente, há um conhecimento científico maior que 1990, os pacientes ainda enfrentam grandes desafios pessoais e interpessoais, fazendo com que essa supressão do vírus não seja 100% eficaz, além dos problemas relacionados ao uso irregular da TARV. Vale ressaltar que a falta de adesão ao tratamento gera uma progressão maior da doença, fazendo com que o vírus possa se tornar mais resistente aos princípios ativos, limitando cada vez mais as alternativas terapêuticas. (CAMARGO; CAPITÃO; FILIPE, 2014)

Essa adesão diminuída decorre de múltiplos fatores, desde problemas relacionados aos efeitos adversos a estigmas sociais e emocionais. Estudos revelam que as barreiras para o seguimento correto e contínuo da TARV envolvem desde os preconceitos impostos pela sociedade até uma crença negativa sobre o paciente portador do vírus e o medo dos efeitos do tratamento, associados ao isolamento social, causados pela depressão, ansiedade, vergonha e autocrítica, além do abuso de álcool e outras substâncias. (BETANCUR et al, 2017)

Diante do exposto, fica evidenciado a importância de identificar e intervir nos aspectos psíquicos e emocionais que envolvem o paciente portador do vírus HIV. Assim, o objetivo deste estudo é analisar, a partir de uma revisão bibliográfica narrativa, as barreiras psicossociais que influenciam a não adesão medicamentosa à TARV e as possíveis estratégias de intervenção.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram utilizadas as plataformas Scielo e Pubmed, para pesquisar artigos com as palavras chaves: HIV, adesão ao tratamento, transtornos psiquiátricos, depressão e psicologia, sendo filtrados por artigos em humanos, a partir de 2001. Foram encontrados 10 artigos sobre o assunto, porém foram excluídos dois.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a descoberta do vírus HIV, foram realizadas muitas descobertas e evoluções, tanto no diagnóstico como nas formas de tratamento. Porém, ainda existem diversas barreiras que impedem a eficácia completa da TARV. Mesmo com o desenvolvimento de políticas públicas que garantem o acesso integral e gratuito ao tratamento desde o diagnóstico - o qual foi realizado pioneiramente no Brasil, se comparado a outros países do terceiro mundo - tem-se visto o aumento da incidência de pacientes portadores do vírus HIV no país, principalmente, entre os mais jovens. Apesar do acesso ao tratamento ser garantido pelo governo de forma gratuita, muitos portadores do vírus não aderem à TARV, seja por preconceito, por descrença, revolta ou por reações adversas relacionadas aos medicamentos. (IKARIMOTO e GONÇALVES, 2017)

A adesão ao tratamento é um processo multifatorial que inclui aspectos físicos, psíquicos, culturais, sociais, espirituais e comportamentais, dificultando as ações de intervenção devido a esses múltiplos fatores. A não adesão ao tratamento tem sido considerada um problema de saúde pública, pois gera diversos problemas aos pacientes, gera um ônus ao sistema de saúde e, principalmente, aumenta o risco de resistência do vírus aos medicamentos. (SHACHAM et al, 2016)

Muitos pacientes afirmam sentirem-se intoxicados, incomodados ou esquecem de tomar a TARV. Além disso, o estado psíquico do paciente é afetado devido ao preconceito, a discriminação, a baixa autoestima, o medo de exclusão e a não aceitação da doença reduzindo ainda mais a adesão. Cada indivíduo reage de uma forma, mas muitos podem desenvolver sentimentos de vergonha, repugnância, culpa, autocrítica, ansiedade, tristeza e reclusão social em relação à doença e o seu tratamento. Assim, o diagnóstico precoce das barreiras emocionais geradas pelo paciente ou doenças psiquiátricas, principalmente depressão e ansiedade generalizada, podem auxiliar na melhora da adesão. (DALSETH et al, 2017)

Foi observado que o vírus HIV possui tropismo pelo Sistema Nervoso Central (SNC), podendo estar relacionado como causa da depressão e outras doenças psiquiátricas. Os danos psiquiátricos mais comuns relacionados incluem os transtornos cognitivos, demência e sequelas das doenças oportunistas. Então, além do desenvolvimento de doenças psiquiátricas devido aos

estigmas da sociedade, também podem ser relacionadas às disfunções orgânicas causadas pela própria doença e vírus. (IKARIMOTO e GONÇALVES, 2017)

Os sintomas da depressão interferem no bem-estar do indivíduo e na sua força de vontade, pois são sintomas relacionados à perda de interesse, baixa concentração e humor depressivo. Eles podem intervir inclusive na noção de escolha e poder de decisão dos pacientes, dificultando ainda mais a adesão ao tratamento. Pior quando há a ideação suicida, em que a pessoa não vai buscar maneiras para sobreviver, e sim, para morrer. (DALSETH et al, 2017)

A ansiedade está presente em vários momentos, desde a realização do pré teste até a confirmação e orientações do diagnóstico e tratamento. Os sintomas de ansiedade severa também são incluídos como um importante preditor na não aderência ao tratamento, pois está relacionada à dificuldade de se conviver com uma doença crônica, sem cura. O paciente apresenta medo em relação ao futuro, sobre seu prognóstico, uma insegurança, todos sendo sintomas subjetivos relacionados ao transtorno da ansiedade generalizada. Outros distúrbios psiquiátricos e neurológicos, associados ao diagnóstico de HIV, podem interferir, também, na não adesão devido ao não entendimento das instruções, presença de alucinações, delírios e confusões mentais presentes. Esses sintomas podem ser exacerbados pelo consumo de drogas e álcool, o que agrava o quadro do paciente e reduz ainda mais a adesão adequada. (BETANCUR et al, 2017; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

Vários estudos mostram que doenças psiquiátricas relacionadas diminuem a adesão ao tratamento do HIV, e quando tratadas corretamente, podem aumentar a incidência desse tratamento. Desta forma, o trabalho multiprofissional, com a presença de psicólogos e terapeutas ocupacionais, podem auxiliar na melhora do paciente, além de melhorar a adesão ao tratamento. Conhecer o paciente, suas crenças, seus estigmas, suas doenças associadas, pode proporcionar ferramentas para intervenções direcionadas a esse indivíduo e, conseqüentemente, melhora da aderência à TARV. (MALBERGIER e SCHÖFFEL, 2001)

CONCLUSÃO

Apesar da eficácia clínica comprovada da TARV, com diversos benefícios ao paciente, ainda não existe o controle completo da síndrome da imunodeficiência causada pelo HIV. Considerando a adesão ao tratamento algo multifatorial, conforme apresentado, os aspectos psiquiátricos e emocionais possuem grande impacto e devem ser trabalhados de forma ampla. A identificação precoce e a individualização das estratégias podem auxiliar no processo de melhora da adesão. Além disso, a atuação de múltiplos profissionais de saúde contribui imensamente para o

sucesso terapêutico, pois serão utilizados os diversos saberes e variedade de olhares sobre um mesmo aspecto. Apesar dos estudos atuais, há necessidade de mais estudos a fim de ampliar o assunto na sociedade científica e, conseqüentemente, orientar o gerenciamento clínico, a fim de traçar estratégias para solucionar esse problema de saúde pública.

PALAVRAS - CHAVE: HIV; AIDS; treatment adherence.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. BETANCUR, Mónica Narváez et al. Quality of life, anxiety and depression in patients with HIV/AIDS who present poor adherence to antiretroviral therapy: a cross-sectional study in Salvador, Brazil. **The Brazilian Journal Of Infectious Diseases**, Salvador, v. 20, n. 10, p.1-8, abr. 2017.
2. CAMARGO, Luiza Azem; CAPITÃO, Cláudio Garcia; FILIPE, Elvira Maria Ventura. Saúde mental, suporte familiar e adesão ao tratamento: associações no contexto HIV/Aids. **Psico-usf**, São Paulo, v. 19, n. 2, p.221-232, 2014.
3. DALSETH, Natasha et al. Does Diagnosis Make a Difference? Estimating the Impact of an HIV Medication Adherence Intervention for Persons with Serious Mental Illness. **Aids And Behavior**, Philadelphia, maio 2017.
4. IKARIMOTO, Bruna Mitie; GONÇALVES, Prof. Dra. Márcia. **TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS EM PACIENTES PORTADORES DO HIV E AIDS**. 2017. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano14/prat0514.php>>. Acesso em: 10 out. 2017.
5. MALBERGIER, André; SCHÖFFEL, Adriana C. Tratamento de depressão em indivíduos infectados pelo HIV: Treatment of depression in HIV-infected individuals. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 23, p.160-167, 2001.
6. **MANUAL DE ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA EM HIV/AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de Dst e Aids, v. 3, 2004.
7. SHACHAM, Enbal et al. Challenges to HIV management among youth engaged in HIV care. **Aids Care**, Eua, v. 29, n. 2, p.189-196, jul. 2016.
8. TULL, M. T. et al. An Initial Open Trial of a Brief Behavioral Activation Treatment for Depression and Medication Adherence in HIV-Infected Patients. **Behavior Modification**, 2017.

AJUSTE DE DOSES FARMACOLÓGICAS NA PEDIATRIA

Bruna Cardoso Santos

Miguel Antônio Veloso Júnior

Ariany Costa Souza

Lucas Alves Lustosa

Viviane Correa de Almeida Fernandes

Instituição: Universidade Católica de Brasília

Introdução:

A prescrição inadequada de medicamentos para crianças é um fator recorrente, isso se deve principalmente à escassez de estudos que identifiquem medicamentos e dosagens específicas para a faixa pediátrica, e à falta de uma política que regulamente esse tipo de prescrição. Muitas vezes se torna necessário fazer uso em crianças de medicamentos não autorizados para o uso pediátrico (off label), o que aumenta o risco de reações adversas.

Metodologia:

Foi feita uma revisão bibliográfica de estudos que discutiram o uso de fármacos e sua posologia na pediatria nas bases eletrônicas: Pubmed e Scientific Electronic Library Online (ScieLO). As palavras-chave usadas na busca foram “pediatric”, “dosing”, “dose”, “drug” e “medication”. Foram analisados artigos com as palavras-chave no título ou no resumo, publicados a partir de 2007. Dentre os artigos pesquisados foram selecionados 7 artigos que seguiram os critérios de escolha e que melhor discutiram o ajuste de dose de fármacos na pediatria. Esse boletim não apresenta conflitos de interesse.

Discussão:

Na elaboração de um esquema terapêutico destinado a crianças é necessário adequar as dosagens de acordo com o seu crescimento e desenvolvimento, levando-se em consideração as interações farmacocinéticas e farmacodinâmica específicas da faixa etária, na tentativa de minimizar toxicidade e se alcançar os efeitos desejados. No entanto este é um trabalho complexo, devido à escassez de medicamentos desenvolvidos para a pediatria e da falta de políticas no Brasil que regulamentem a prática de prescrição. Estudos apontam que crianças hospitalizadas são as mais

afetadas pela prescrição inadequada, principalmente se estiverem recebendo tratamento intensivo, por isso recomenda-se que sejam administradas somente as drogas consideradas essenciais para o tratamento, no intuito de reduzir a ocorrência de interações medicamentosas e prováveis efeitos adversos. Na prática clínica, é comum calcular-se as dosagens farmacológicas usadas na pediatria extrapolando-se as doses prescritas a adultos utilizando-se somente uma relação entre os pesos destes e a dosagem utilizada, no entanto, somente com a redução das doses não é possível abranger a singularidade farmacocinética da criança, sendo assim torna-se impossível elaborar um plano terapêutico eficiente a fim de evitar maiores prejuízos à saúde.

Conclusão:

A partir da análise dos artigos selecionados, é possível afirmar que ainda não existe uma maneira totalmente segura e eficaz de se prescrever fármacos para crianças, visto que a maioria dos medicamentos possui uma posologia específica para adultos, tornando necessária uma adaptação dessas dosagens para o uso pediátrico, o que nem sempre é seguro. São necessários, portanto, a realização de mais estudos nessa área a fim de criar-se maneiras de se prescrever medicamentos na dose adequada para pacientes pediátricos, levando-se em consideração sua fisiologia única e favorecendo a adesão ao tratamento.

ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE TUBERCULOSE POR MEIO DO GEOPROCESSAMENTO. TAGUATINGA – DISTRITO FEDERAL, 2003 A 2012

Monaliza Batista Pereira, Daniella Melo Arnaud Sampaio Pedrosa, Fernanda Monteiro de Castro
Fernandes, Maria do Socorro Nantua Evangelista.

Introdução:

A tuberculose se caracteriza por contaminação direta do *Mycobacterium tuberculosis* de pessoa a pessoa, com disseminação fácil em ambientes fechados, sem ventilação e pouco sol, particularmente, observado em áreas de favelas e em grandes aglomerados urbanos. A distribuição dos casos de tuberculose (TB) em uma área é fundamental para implantar estratégias de controle e vigilância dessa enfermidade, particularmente, quando a ferramenta utilizada é geoprocessamento. O estudo objetiva analisar o risco da doença tuberculosa por meio do geoprocessamento em Taguatinga – Distrito Federal, entre 2003 a 2012. A cidade de Taguatinga tem o segundo maior número de casos de TB, dentre as 31 Regiões Administrativas do DF.

Descrição metodológica:

Trata-se de um estudo ecológico, a ser realizada com 381 casos novos de tuberculose em residentes em Taguatinga, analisando dados sociodemográficos, comorbidades, forma clínica, local de residência e de maior incidência de TB e uso de álcool. Utilizou-se o geoprocessamento por meio dos softwares de Sistema de Informação Geográfica SIG: ArcGIS 10.1 e o Google Earth, os dados do SINAN-TB da Secretaria Estadual de Saúde (SES-DF), e a distribuição cartográfica dos casos de TB por Unidade de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer N°: CAAE 42947115.1.0000. 5553.).

Resultados:

A maioria dos pacientes era homens (63,0%), na faixa etária de 31 a 45 anos (32,5%), mais de 9 anos de estudo (38,3%), brancos (41,2%), pardos (39,9%), tinham TB pulmonar (69,8%), eram bacilíferos num total de 37,2% e a cura observada foi de 84,8%. Além disso, 11,2% eram HIV positivos, 10,4% tinham AIDS, 8,9% alcoolismo, 7,8% eram diabéticos e 11,2% tinham outras comorbidades. Na distribuição espacial, as áreas dos Centros de Saúde 5, 1 e 3 foram as mais afetadas por TB.

Conclusão:

A utilização do geoprocessamento tornou evidente a maior carga da tuberculose nas áreas central e Sul de Taguatinga, o que requer estabelecer estratégias de controle nestas regiões. O presente estudo pode auxiliar no alcance desse objetivo, por identificar características do território que contribuam para determinar as ações de saúde para prevenção e controle da tuberculose, de forma mais eficiente e direcionada.

APTIDÃO FÍSICA RELACIONADA A SAÚDE DOS ESCOLARES DO CENTRO DE ENSINO FUNDAMENTAL 08 DE TAGUATINGA NORTE- DF

Renan Silva Faustino¹, Felipe de Castro Gonçalves Santos¹, Gustavo Ribeiro Martimiano¹, Fábio Antônio Tenório de Melo¹, Noriberto Barbosa da Silva¹

1. Universidade Católica de Brasília

Palavras-chave: Atividade Física; Sedentarismo; Adolescentes.

Introdução:

Hoje em dia existem alguns problemas relacionados com a inatividade física ou sedentarismo, que vem sendo cada vez mais frequentes em nossa sociedade, não somente aqui no Brasil, mas no mundo. Dados de países desenvolvidos mostram que os custos causados pela inatividade física são enormes.

Alguns desses problemas, como a obesidade, diabetes e hipertensão vem preocupando as pessoas, pois, começam a se manifestar numa faixa etária muito jovem que são as crianças e os adolescentes. Isso vem acontecendo por vários fatores, como avanços tecnológicos má alimentação, o crescente processo de urbanização, o excesso de veículos motorizados nas vias públicas e até mesmo a violência nas ruas, que faz com que os pais deixem as crianças mais presas em casa, impedindo que façam qualquer tipo de atividade física, o que acaba impactando no nível de aptidão física dessas crianças. A escola tem um papel fundamental na vida dos escolares por meio das aulas de Educação Física, tendo em vista que pode proporcionar um espaço em que possam ser praticadas atividades e exercícios físicos, sabendo ainda que a grande maioria não tem a oportunidade de praticar atividades físicas em outro espaço que possam contribuir para um desenvolvimento mais adequado dos níveis de aptidão física relacionada com a saúde de seus escolares. O objetivo deste estudo foi verificar o nível de aptidão física relacionada à saúde em escolares do Centro de Ensino Fundamental 08 (CEF 08) de Taguatinga Norte.

Materiais e Métodos:

A amostra foi composta por 129 alunos do Centro de Ensino Fundamental 08 de Taguatinga-DF, de ambos os sexos, com faixa etária de 10 a 14 anos, sendo 67 do sexo feminino e 62 do sexo masculino. As variáveis deste estudo foram sexo, idade, massa corporal, estatura, IMC,

flexibilidade, força e resistência abdominal e resistência cardiorrespiratória. A massa corporal foi medida por meio de uma balança Techline com precisão de 0,1kg e o máximo de 120 kg. A estatura foi medida através de um estadiômetro marca Cescorf com precisão de 0,1cm e máximo de 2 metros. Com estas duas variáveis calculou-se o Índice de Massa Corporal (IMC). A flexibilidade foi medida pelo teste de sentar e alcançar, utilizando-se do banco de Wells & Dillon. A resistência muscular localizada foi verificada pelo teste de abdominal modificado em um minuto.

A resistência geral foi avaliada pelo teste Shuttle Run de 20 metros (SR20m) por ser um teste facilmente aplicável em escolas. A análise dos dados envolveu alguns recursos estatísticos baseados na análise descritiva que verificou médias, desvios e frequência dos dados coletados. Todas estas análises foram feitas utilizando o pacote estatístico SPSS IBM versão 22.0. Somente puderam participar da pesquisa os alunos que foram autorizados pelos pais, ou responsáveis, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme a Resolução 466/2002 do Conselho Nacional de Saúde. A realização deste projeto foi autorizada pela Secretaria de Educação do Distrito Federal, através da Escola de Aperfeiçoamento dos Profissionais de Educação (EAPE). Também foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Brasília sob o número 1.086.406.

Discussão dos resultados:

Avaliamos o nível de aptidão física relacionada à saúde dos escolares do Centro de Ensino Fundamental 08 (CEF 08) da cidade de Taguatinga-DF, este estudo atendeu a 129 crianças na faixa etária de 10 a 14 anos de idade. Os valores de IMC do sexo feminino, do total de 67 pessoas da amostra coletada, 4,5% apresentam baixo peso severo; 52,2% apresentam baixo peso; 17,9% apresentam um IMC classificado como normal; 14,9% das pessoas apresentam sobrepeso e 10,4% das pessoas apresentam obesidade; caracterizando uma polarização nos extremos com 56,7% com provável déficit nutricional e 25,3% com índices acima da normalidade. Já para o sexo masculino, do total de 62 pessoas da amostra coletada, 22,6% das pessoas apresentam baixo peso severo; 43,5% das pessoas apresentam baixo peso; 16,1% dos alunos apresentam um IMC classificado como Normal; 8,1% das pessoas apresentam sobrepeso; 8,1% das pessoas apresentam obesidade e 1,6% da amostra apresenta obesidade mórbida. À exemplo do que acontece com o feminino a mesma preocupação se repete, inclusive com caso de obesidade mórbida, o que nesta idade é muito preocupante. A maioria dos alunos da amostra, 88% do masculino e 74% do feminino, apresentaram índices satisfatórios de flexibilidade. Ao avaliar a força e resistência muscular verificou-se que 56,5% dos meninos apresentaram resultados em níveis satisfatórios, enquanto que as meninas obtiveram nível satisfatório em 74,6%. Pouco menos da metade dos meninos, 43,5%,

tiveram resultados insatisfatórios fato preocupante nesta faixa etária. Já os resultados do VO2Max, indicador da capacidade aeróbica, mostram que este parâmetro da aptidão física deve causar muita preocupação aos professores de Educação Física, pois os 29% meninos tiveram resultados muito fraco e 66,1% resultado fraco e apenas 1,6% deles foram regulares, e 1,6% foram bons. As meninas tiveram 47,8% de muito fraco e 47,8% de fraco.

Conclusão:

Em virtude da maioria dos resultados avaliados estarem com níveis preocupantes de aptidão física relacionada à saúde, conclui-se que a Educação Física Escolar parece não estar obtendo os resultados esperados para manter alunos em atividade física quer seja na escola, quer seja fora dela, no tempo livre do aluno. Isso pode ocorrer por conta do aumento da tecnologia, aumento da violência nas ruas, uma má alimentação e sedentarismo, pois antigamente as crianças tinham mais espaço nas ruas para realizar atividades que, indiretamente, influenciam na aptidão dos mesmos.

Referências

- DE SOUSA PEREIRA, Elenice; MOREIRA, Osvaldo Costa. Importância da aptidão física relacionada à saúde e aptidão motora em crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício (RBPFX)**, v. 7, n. 39, p. 12, 2013.
- GUEDES, Dartagnan Pinto et al. Aptidão física relacionada à saúde de escolares: programa fitnessgram. **Rev. bras. med. esporte**, v. 18, n. 2, p. 72-76, 2012.
- MACHADO, Débora Teixeira. **Perfil da aptidão física relacionada à saúde de escolares brasileiros avaliados pelo projeto Esporte Brasil: um estudo de tendência de 2003 a 2011. 2012. 20**
- PELEGRINI, Andreia et al. Aptidão física relacionada à saúde de escolares brasileiros: dados do projeto esporte Brasil. **Rev. bras. med. esporte**, v. 17, n. 2, p. 92-96, 2011.

APTIDÃO FÍSICA RELACIONADA À SAÚDE EM ESCOLARES

Élcio Júnio Marques dos Santos¹, Gabriel Antoniolo da Silva¹, Pedro Henrique Macedo Mendes¹,
Fábio Antônio Tenório de Melo¹, Noriberto Barbosa da Silva¹

1. Universidade Católica de Brasília

Palavras-chave: Obesidade; Sedentarismo; Adolescentes.

Introdução:

A prática de atividades físicas desde cedo pode tornar a pessoa mais saudável e com menores chances de adquirir patologias na fase adulta. A formação de hábitos saudáveis, dentre eles a atividade física regular e constante, acontece na infância e adolescência, fase que coincide com a vida escolar, daí a importância de estudos deste tipo com escolares. O estudo teve como objetivo avaliar os níveis de aptidão física relacionado à saúde em escolares.

Materiais e métodos:

A amostra foi formada por 86 alunos voluntários do sexo masculino e feminino na faixa etária entre 16 até 20 anos de uma escola pública da região de Taguatinga-DF. Foram realizadas medidas antropométricas (estatura, massa corporal e adiposidade) e de aptidão física relacionada à saúde (flexibilidade e aptidão cardiorrespiratória). Os dados foram coletados utilizando-se de uma balança para a massa corporal, um estadiômetro para a estatura e um compasso de dobras cutâneas (panturrilha, subescapular e tricípital) da marca Lange, seguindo padronização proposta por Matsudo. Com as medidas de massa corporal e estatura foi calculado o índice de massa corporal (IMC) e com as medidas das dobras cutâneas foi calculado o percentual de gordura seguindo metodologia proposta por Slaughter. A flexibilidade foi mensurada através do teste de sentar e alcançar com o Banco de Wells e Dillon, enquanto que a capacidade cardiorrespiratória foi avaliada pelo teste do Shuttle Run (SR-20m). Utilizou-se da estatística descritiva para avaliar os resultados obtidos através do pacote SPSS versão 20.0. Esta pesquisa está aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Brasília sob o número 1.086.406.

Discussão dos resultados:

Os resultados obtidos não apresentaram níveis satisfatórios na aptidão física relacionada à saúde dos alunos entre 16 a 20 anos idade, tendo 52,3% da amostra peso normal em classificação de IMC, mas 13,9% desses jovens já estão com sobrepeso ou obesos. Na flexibilidade obtivemos dados alarmantes de 63,3% dos jovens tendo sua classificação abaixo da média ou ruim. A capacidade cardiorrespiratória (VO2 Max) de 73,2% dos participantes foi classificada como muito fraco, fraco ou regular. Já no percentual de gordura, 30,3% dos alunos estão com a adiposidade moderada ou alta, e 29,1% dos mesmos apresentaram classificação excessivamente alta, assim elevando a preocupação na vida alimentar e ativa desses escolares de se tornarem adultos portadores de doenças crônicas degenerativas. **Conclusão:** Conclui-se que de modo geral os alunos investigados apresentaram níveis que estão abaixo de um patamar desejável de zona saudável, havendo assim uma maior preocupação com a vida ativa e nutricional desses indivíduos, pois futuramente esses resultados lhes poderiam acarretar patologias em sua vida adulta diminuindo também na qualidade de vida dos escolares. As autoridades da saúde e da educação deveriam promover políticas públicas para a melhoria destes índices.

ASPECTOS DA VACINA DO HPV

Igor Diego Carrijo dos Santos, Universidade Católica de Brasília, igorcarrijo@gmail.com

Laís Ribeiro Vieira, Universidade Católica de Brasília, lais_ribeiro20@hotmail.com

Fernanda Melchior, Universidade Federal de Santa Catarina, fernanda_melchior@hotmail.com

Raissa Arcoverde Borborema Mendes, Universidade Católica de Brasília,
raissaborborema@gmail.com

Ian Pagnussat, Universidade Católica de Brasília, ianp350@gmail.com

Material e Métodos:

A fim de obter evidências sobre o tema, baseou-se em buscas nas plataformas Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Public MEDLINE (PubMed e Scielo. Em todas as plataformas utilizou-se as palavras-chave nas línguas inglesa e portuguesa sendo elas: “vaccination”, “vacinação” “câncer”, “colo”, “útero”, “uterine” e “lap”. Foram selecionados 8 artigos, além da Diretriz Brasileira para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (2016), condutas expressas pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) e pela Sociedade Brasileira de Medicina da Família e da Comunidade (2012). Para o levantamento de dados epidemiológicos, foi utilizada a base de dados Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações do Datasus, com foco em resultados referentes a índices nacionais no período entre janeiro de 2006 e outubro de 2015.

Introdução

O câncer de colo uterino devido a sua grande incidência, cerca de 500 mil novos casos anuais, é constituído um problema de saúde pública mundial, com maior agravo em países com baixo índice de desenvolvimento. Somente no ano de 2005 ocorreram 260 mil mortes, sendo 80% em países pobres. O alto índice de letalidade é ocasionado principalmente pelo diagnóstico tardio, o que dificulta a terapia e aumenta a letalidade. Entretanto, apesar das altas taxas de mortalidade, é um câncer que tem sua principal causa, o Papiloma Vírus Humano (HPV), prevenível por meio da vacinação. Dessa forma, é essencial que as campanhas para vacinar contra esse vírus sejam efetivas e alcancem o maior contingente possível.

No Brasil, a câncer de colo de útero é o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres, ficando atrás apenas do câncer de mama e do colorretal (INCA, 2016). O risco estimado é de 18 casos a cada 100 mil mulheres. 98% dos casos dessa neoplasia decorrem da transmissão sexual do HPV (BORSATTO,2011). Entretanto, os homens também são susceptíveis a esse vírus

que pode causar carcinomas de pênis, ânus, laringe, orofaringe e cavidade oral e consistem na principal população responsável pela transmissão da infecção ao sexo feminino (ZARDO, 2014).

Existem aproximadamente 130 genótipos de HPV, um vírus DNA, que são classificados de acordo com a potencialidade de causar câncer cervical, sendo alto, intermediário e baixo risco, dentre estes, 40 tipos afetam a mucosa genital e 15 são potenciais causadores oncogênicos, dentre esses o 16, 18, 45, 31, 33, 52, 58 e 35 foram encontrados em 90% dos casos de câncer de colo de útero, apesar dos genótipos 16 e 18 juntos serem responsáveis por 70% dos casos. Já os HPVs de baixo risco – 6 e 11 – geram manifestações como verrugas genitais e lesões condilomatosas (LAGINHA, 2011). É importante ressaltar, que apenas a infecção por HPV não é suficiente para desenvolvimento do câncer, são necessários fatores de risco associados como tabagismo, iniciação sexual precoce, uso de contraceptivos orais, estado imunológico.

A prevenção pode ocorrer pelo espectro da atenção secundária, por meio do rastreamento de lesões na coleta do exame de Papanicolau mas também na esfera da atenção primária com a vacinação. Esse é um método de maior alcance e mais barato. Nesse contexto, foram criadas duas vacinas, uma terapêutica e uma profilática. A primeira visa regressão das lesões e a segunda evitar a infecção viral e suas manifestações. Das profiláticas, temos a bivalente e a tetravalente que protege contra os genótipos 16 e 18 ou 6, 11, 16 e 18, respectivamente, tendo 91,6% de eficácia contra infecções acidentais e 100% contra infecções persistentes do HPV (NADAL, 2006).

Resultados e Discussão:

O câncer do colo de útero é majoritariamente ocasionado por infecção persistente do Papilomavírus Humano – HPV. A infecção ocorre, porém na maioria das vezes não causa doença, mas quando a patologia acontece, pode ocasionar alterações celulares e ocorrer a formação de câncer. Esta evolução se dá na maioria dos casos, de forma lenta, passando por fases pré-clínicas que são passíveis de detecção e cura. Seu pico de incidência ocorre em mulheres de 40 a 60 anos de idade, e uma pequena parcela em menores de 30 anos. (INCA, 2002).

O diagnóstico pode ser realizado através do exame ginecológico, na citopatologia (Papanicolau) sendo que este possibilita o diagnóstico precoce em 90% dos casos, colposcopia e biópsia além do exame histopatológico do material biopsiado. (INCA, 2002).

Após o diagnóstico com objetivo terapêutico, podem ser utilizados vacinas contra o HPV cuja finalidade é induzir a regressão de lesões precursoras e a remissão do câncer, ou ainda, antes que a infecção aconteça, podem ser utilizadas vacinas com a finalidade de prevenção primária (profilática), sendo estas disponíveis em dois tipos, ‘bivalente’ que cobre os sorotipos virais 16 e 18

e ‘quadrivalente’ que cobre os tipos 6, 11, 16 e 18. Para os demais tipos de sorologia do HPV, ainda não existe cobertura vacinal (NADAL, 2006).

As vacinas são feitas a partir de partículas semelhantes aos vírus (vírus-like particles - VLP), portanto ausentes do DNA viral, são incapazes de infectarem os vacinados e garantindo uma segurança próxima aos 100% na prevenção de lesões pré-cancerosas do colo do útero, vulva e vagina e para os condilomas genitais. Dessa forma, pode ser administrada em pacientes em imunodepressão e durante a amamentação.

A vacinação é mais efetiva quando ocorre antes do início da atividade sexual, dessa forma, crianças e adolescentes de ambos os sexos se tornam alvos das campanhas de vacinação (NADAL, 2006). Atualmente, a vacina quadrivalente é introduzida por via intramuscular em 3 doses com intervalo entre as duas primeiras de 4 semanas e entre as duas últimas de 24 semanas. Em caso de interrupção do esquema vacinal, não se deve reiniciar do mês 0, em caso de a série ser interrompida após a primeira dose, deve-se realizar a segunda dose imediatamente e reduzir o intervalo da segunda para terceira dose para 3 meses. Em caso de apenas a terceira dose ficar atrasada, deve-se administra-la assim que possível. Tanto a vacina quadrivalente quanto a bivalente são indicadas para mulheres, sendo a primeira entre 10 e 25 anos e a segunda entre 9 e 26 anos. Além disso, a vacina bivalente também está indicada para o sexo masculino (ZARDO, 2014).

Caso seja necessária vacinação simultânea para HPV e hepatite B, é necessária a utilização de sítios diferentes. Entretanto, não é recomendado vacinação concomitante para HPV e difteria, tétano, coqueluche e antimeniogócica devido à falta de estudos sobre similaridades de suas respostas imunes (BORSATTO, 2011).

A duração de proteção após o esquema vacinal ainda não foi elucidada, apresentando certeza apenas de 5 anos de imunização, sendo que a vacina imuniza o indivíduo contra os tipos de HPV nela presentes. Porém, pode ocorrer a proteção cruzada devido à similaridade genética entre alguns sorotipos, como por exemplo, a vacina quadrivalente demonstrou proporcionar (em 59%) proteção contra os sorotipos 31 e 45 e em alguns casos, cujo percentual não fora estabelecido, abrangeu proteção contra os sorotipos 33, 52 e 58.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde iniciou a oferta gratuita da vacina quadrivalente em 2014. Nessa Campanha, as vacinas foram oferecidas para adolescentes de 11 a 13 anos; em 2015, adolescentes de 9 a 11 anos e, a partir de 2016, para meninas a partir dos 9 anos. A meta era de cobrir 4,2 milhões de crianças em 2014 (MS, 2014).

O Ministério da Saúde, segundo a base de dados do Datasus e do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), em 2015, a ordem crescente dos estados em número

de aplicações da vacina quadrivalente no sexo feminino entre 9 e 26 anos de idade foi: Sudeste (2.652.440), Nordeste (1.880.431), Sul (826.602), Norte (519.882) e Centro-oeste (402.617), sendo imunizadas 6.281.972 pessoas no total (BRASIL, 2017).

Além disso, o SI-PNI demonstra que no mesmo ano a distribuição das vacinas por faixa etária, entre 9 e 12 anos, ocorreu da seguinte forma: 12 anos (1.745.925), 11 anos (1.683.586), 10 anos (1.623.598) e 9 anos (1.590.611). Dessa forma, o Ministério da Saúde indica que o vacinômetro que abrange a vacinação da primeira dose do HPV entre 9 e 12 anos alcança 70,69% do público-alvo e a segunda dose, 44, 74% (BRASIL, 2017). Nesse contexto, indica-se a necessidade de busca ativa por essas crianças para que o esquema vacinal se complete, logo, a imunização.

No calendário vacinal do Ministério da Saúde de 2017, ocorreram mudanças no esquema vacinal do HPV. Estendeu-se a vacinação de apenas mulheres imunocomprometidas entre 9 e 26 anos para homens e mulheres nessa faixa etária no mesmo estado imunológico. Além disso, foram incluídos meninos entre 12 e 13 anos de idade e meninas até os 14 anos para que a abrangência da vacina fosse maior e assim, fortificasse a profilaxia contra o HPV, fortificando a atenção básica.

Entretanto, a Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC) divulgou uma nota oficial sobre a vacina do HPV. Nessa publicação, defende-se que o custo para uma campanha nacional de vacinação é muito alto, visto que, no caso do HPV, esta pode ser estratégica, ou seja, focada apenas na população de maior risco, gerando efetividade e redução de gastos. Além disso, ressaltou-se que a vacinação em massa expõe adolescentes e crianças a uma vacina que ainda não tem efeitos adversos, tempo de proteção e imunidade alucidados (SBMFC, 2012). Assim, ainda são necessários mais estudos e pesquisas sobre todos os aspectos da vacina para garantir sua segurança.

Conclusão:

O câncer de colo de útero apresenta um problema de saúde pública no Brasil por ainda apresentar alta prevalência e taxa de mortalidade. Dessa forma, apresenta-se a necessidade de fortificação a atenção primária que possibilita a profilaxia da infecção por HPV, responsável por 98% dos casos (BORSATTO, 2011). Essa prevenção é possível pela vacinação quadrivalente dos genótipos 6, 11, 16 e 18, sendo o 16 e o 18 os maiores responsáveis pelas formas oncogênicas – cerca de 70% ou pela bivalente que protege contra os genótipos 16 e 18.

Nesse contexto, a partir de 2014, o Ministério da Saúde incluiu a vacinação gratuita do HPV em meninas de 11 a 13 anos, já que estudos mostram que a vacinação anterior a iniciação da vida sexual é mais efetiva (MS, 2014).

O esquema vacinal ocorre em três doses, e os efeitos adversos são mínimos já que são utilizadas apenas partículas virais, permitindo, inclusive, o uso em paciente imunodeprimidos e em amamentação, ainda mais com a taxa de efetividade de 100% contra infecções persistentes do HPV (NADAL, 2006).

Apesar das contribuições que a vacina do HPV pode trazer, principalmente na prevenção do câncer de colo de útero, ainda são necessários mais estudos porque os efeitos adversos, o tempo de proteção e de imunização ainda não estão totalmente esclarecidos, o que coloca em risco a população visada pela campanha, que são crianças e adolescentes. Dessa forma, estando esses ainda em fase de crescimento, as consequências para o desenvolvimento neuropsicomotor são imensuráveis (SBMFC, 2012).

Referências:

BORSATTO, Alessandra et al. Vacina contra o HPV e a Prevenção do Câncer do Colo do Útero: Subsídios para a Prática. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2011; 57(1): 67-74.

SBMFC (Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade). **Alerta sobre vacinação contra HPV no SUS. Nov, 2012.** Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/default.asp?site_Acao=&PaginaId=11&mNoti_Acao=mostraNoticia&noticiaId=589>. Acesso em: 15 nov. 2017.

BRASIL. Datasus. Ministério da Saúde. **Informações Estatísticas: Versão 4.0.** Disponível em: <http://pni.datasus.gov.br/consulta_hpv_15_selecao.php>. Acesso em: 9 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

INCA (Instituto Nacional De Câncer). Brasil. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.

INCA (Instituto Nacional De Câncer). Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev). **Falando sobre câncer do colo do útero.** – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002.

LAGINHA, Fábio. Vacinas contra HPV. **Revista Onco &.** Maio, 2011.

MS (Ministério da Saúde). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia Prático sobre o HPV**; Guia de Perguntas e Respostas para Profissionais de Saúde. Brasília, fev, 2014.

NADAL, Sidney et al. Vacinas Contra o Papiloma Virus Humano. **Revista Brasileira Coloproct.** São Paulo, 2006; 26(3): 337-340.

SILVA, Maria José et al. Efficacy of the prophylactic vaccination against HPV induced lesions. **Femina.** Outubro, 2009. V 37; nº 10.

ZARDO, Geisa et al. Vacina como agente de imunização contra o HPV. **Ciência & Saúde Coletiva.** 2014; 19(9).

ASSISTÊNCIA DOMICILIAR A PESSOA IDOSA FRÁGIL: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UMA CIDADE DA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL.

Adriano Filipe Barreto Grangeiro⁴; Maria de Fátima Carvalhal Martins⁵; Vânia do Perpetuo Socorro Bastos Cantanhêde⁶; Mirly de Jesus Andrade de Sousa⁷.

INTRODUÇÃO

O aumento da proporção de pessoas idosas tem-se configurado um acontecimento global, algo que gerava pouca preocupação para essas pessoas na população brasileira, porém tem sido o segmento que mais cresce neste último século nesse país. A maior esperança de vida dos brasileiros é uma realidade que traz consigo uma sucessão de cuidados com relação a saúde das pessoas idosas, sobretudo o acúmulo de doenças crônicas (ANDRADE et al., 2015).

Na área da Saúde, a rápida transição demográfica e epidemiológica traz grandes desafios, pois é responsável pelo surgimento de novas demandas de saúde, especialmente a “Epidemia de Doenças Crônicas e de incapacidades funcionais” resultando em maior e mais prolongado uso de Serviços de Saúde (MORAES, 2012).

O processo de envelhecimento reúne alterações que, em conjunto com o aumento da prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), podem acarretar o aparecimento das Síndromes Geriátricas, dentre as quais a Síndrome da Fragilidade merece destaque (VERAS, 2009).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006 considera-se idoso frágil ou em situação de fragilidade aquele que: vive em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresente doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional tais como (Acidente Vascular Encefálico, Síndromes Demenciais e outras Doenças Neurodegenerativas, Etilismo, Neoplasia Terminal, Amputações de membros), encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica. Por

⁴ Docente da Fundação Universidade Federal do Tocantins, Doutorando do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gerontologia da Universidade Católica de Brasília, Mestre em Saúde do Adulto e da Criança na área de Envelhecimento pela Universidade Federal do Maranhão, Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, e-mail: filipe@uft.edu.br.

⁵ Médica em Palmas (TO), Mestre em Saúde do Adulto e da Criança na área de Envelhecimento pela Universidade Federal do Maranhão, Especialista em Geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, e-mail: fatimacarvalhalm@gmail.com

⁶ Enfermeira do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Mestre em Saúde e Ambiente pela UFMA. Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, e-mail: vaniacantanhede@gmail.com

⁷ Enfermeira e Auditora em Saúde em São Luís-MA, e-mail: mmica3@hotmail.com

critério etário, a literatura estabelece que também é frágil o idoso com 75 anos ou mais de idade. Outros critérios poderão ser acrescidos ou modificados de acordo com as realidades locais (BRASIL, 2006).

Considerando o crescimento da população idosa, em especial o idoso frágil, são necessários diversidade de serviços tais como Estratégia Saúde da Família, ambulatorios, hospitais, instituições de longa permanência e atendimento domiciliar (NAGAOKA; LEMOS; YOSHITOME, 2010).

Atenção domiciliar a pessoa idosa é definido como um conjunto de ações realizadas por uma equipe interdisciplinar no domicílio do usuário/família, a partir do diagnóstico da realidade em que está inserido, de seus potenciais e limitações articulando promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, visando assim, o desenvolvimento e adaptação de suas funções de maneira a restabelecer sua independência e a manutenção de sua autonomia (BRASIL, 2007).

Assim, nesta perspectiva, foi idealizado em fevereiro de 2009, na cidade de São Luís (MA), o Programa de Assistência Domiciliar ao Idoso Frágil (PADIF), pois constatou-se a grande demanda do aumento da taxa de número de pacientes idosos internados em serviço público de urgência e emergência e do maior tempo de permanência destes nesse serviço, a observação de que ao internar esses pacientes tem um efeito deletério na qualidade de vida e a frequência com que evoluem para outros problemas tais como: imobilidade, úlceras por pressão, infecções pulmonares entre outros tendo como consequências complicações levando-o a óbito. Dessa maneira, justifica-se a implantação desse programa.

Sendo assim, esse relato teve como objetivo descrever a experiência da assistência domiciliar a pessoa idosa frágil em São Luís – MA.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, a partir da vivência da equipe de fevereiro de 2009, ano de implantação do Programa a dezembro de 2014.

O PADIF é uma modalidade de cuidado domiciliar desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde de São Luís que presta atenção bio-psico-social e espiritual a pessoas idosas em situação de fragilidade realizada por uma equipe multiprofissional constituída de 01 médica geriatra, 01 fisioterapeuta e 01 enfermeira especialistas em gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia que foram os idealizadores do Programa.

Os objetivos e metas do programa são: realizar visitas domiciliares interinstitucionais e multiprofissionais, estabelecer diagnóstico da situação da pessoa idosa visitada, executar plano de cuidados de acordo com as metas estabelecidas e avaliar mensalmente a execução dessas metas.

A inserção das pessoas idosas nas ações do programa é feita por meio de inscrição e preenchimento de formulário específico enviado ao Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso sendo solicitado a visita domiciliar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De 2009 a 2014 o PADIF atendeu 171 idosos em situação de fragilidade (Tabela 1):

Tabela 1: Pacientes do Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso Frágil cadastrados no período de 2009 a 2014 em São Luís, MA.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Em acompanhamento	53 (63%)	78(75 %)	120 (91,60 %)	128 (87,8%)	149 (90,9%)	147 (90 %)
Alta	21 (25%)	16 (15 %)	01 (0,76 %)	10 (6,8%)	07 (4,3 %)	15 (8,8 %)
Óbito	10 (12%)	10(10 %)	10 (7,6 %)	08 (5,4%)	08 (4,8%)	09 (5,2%)
Total	84	104	131	146	164	171

Fonte: Arquivo do PADIF 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 e 2014.

O tempo de admissão da pessoa idosa no programa de atendimento domiciliar variou entre seis meses e/ou mais de 36 meses sendo que 48,9 % dos idosos estão a mais de 36 meses.

As principais doenças que levaram a situação de fragilidade foram: Acidente Vascular encefálico, Síndrome Demencial, Doenças Osteoarticulares e Diabetes Mellitus.

Foi observado que cerca de 87,9% das pessoas idosas acompanhadas pelo Programa apresentam algum grau de dependência funcional de acordo com o Índice de Barthel, instrumento aplicado através da observação direta das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) durante as visitas domiciliares.

Além da equipe de implantação, os idosos tinham o suporte de outros profissionais do Centro de Atenção Integral a Saúde do Idoso (CAISI) composta de Assistente Social,

Fonoaudióloga, Terapeuta Ocupacional, Nutricionista e Terapeuta da Família que realiza as visitas dependendo da demanda assistencial de cada paciente.

A equipe de implantação do programa desenvolveu em 2010 o projeto Amigos do PADIF, voltado a melhoria das condições de vida dos pacientes. A ação contou com o apoio de familiares de pacientes, ex-pacientes e voluntários consistindo na doação de equipamentos (cama, andador, cadeiras de rodas, colchão entre outros).

Diante disso, justifica-se a atenção domiciliar no setor público pelo grau de humanização que essa atenção traz para o atendimento ao usuário/família, pela possibilidade de desospitalização, com liberação de leitos para doentes que realmente deles necessitam e também pela redução de complicações decorrentes de longas internações hospitalares com redução dos custos envolvidos em todo o processo de hospitalização (BRASIL, 2007)

CONCLUSÃO

As pessoas idosas que integram o Programa de Atendimento Domiciliar em situação de fragilidade em São Luís – MA, necessitam de maior acompanhamento e ampliação da equipe interdisciplinar de saúde, contribuindo para melhor qualidade e assistência do serviço, minimizando o risco de internação ou reinternação hospitalar, reduzindo as taxas de morbidade, mortalidade e do declínio funcional, melhorando a qualidade de vida da pessoa idosa e de seus familiares.

Palavras-chave: Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso. Idoso Fragilizado. Equipe interdisciplinar de Saúde.

Referências bibliográficas

- Andrade TM et al. Avaliação da capacidade funcional de idosos por meio do teste de caminhada de seis minutos. **J.res: fundam.care.online**. 2015; 7(1):2042-2050. Disponível em <http://www.redalyc.org/html/5057/505750945025/>. Acesso em: 30 maio.2015.
- Brasil. Ministério da saúde. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: MS; 2006. Disponível em: <http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude-da-PessoaIdosa.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Envelhecimento e saúde da Pessoa Idosa. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>. Acesso em: 10 fev.2015.

Moraes E. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em <http://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>. Acesso em: 10 jan.2015.

Nagaoka C, Lemos N.de.FD, Yoshitome AY . Caracterização dos idosos de um programa de atendimento domiciliar quanto à saúde e à capacidade funcional. **Revista de Geriatria e Gerontologia.** 2010;4(3):129-34.

Vera R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública.** 2009; 43(3):548-554.

ASSOCIAÇÃO DE OBESIDADE EM CRIANÇAS DE 5 À 19 ANOS AO TIPO DE ALEITAMENTO OFERECIDO ATÉ OS 6 MESES DE IDADE

Carolina Rassi da Cruz, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, carolinarassicruz@gmail.com

Gabriel Costa Monteiro, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, gabrielcosta.m@gmail.com

Lucas Avelino Gomes de Oliveira, Pontifícia Universidade Católica de Goiás,
lucasavelino579@hotmail.com

Gabriel Fonseca de Oliveira Costa, Pontifícia Universidade Católica de Goiás,
gabriel foc93@gmail.com

Giselle Miranda Vinhadelli, Universidade Católica de Brasília, gisellevinhadelli@hotmail.com

Palavras chave: aleitamento materno exclusivo, padrão alimentar, desmame precoce

Introdução:

Observou-se nos últimos anos um aumento importante da obesidade na faixa etária pediátrica ¹, sendo um fato preocupante frente ao grande leque de comorbidades que correlacionam com esta doença. Estudos nacionais tem demonstrado associação da obesidade ao grupo social pertencente e ao risco de crianças obesas se tornarem adolescentes e futuramente adultos obesos ²⁻³.

Frente a essa grande preocupação mediante as inúmeras comorbidades associadas a obesidade como: desordens ortopédicas, distúrbios respiratórios, diabetes, hipertensão arterial, dislipidemias, além dos distúrbios psicossociais, faz-se necessário a criação de medidas simples que possam atuar de forma positiva frente a esta nova epidemia ⁴.

De acordo com dados da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) a adoção da prática do aleitamento materno exclusivo (AME) até o sexto mês atua como uma medida efetiva neste combate. Segundo a SBP o AME diminui em cerca de 20-25% do risco de obesidade infantil, entretanto apesar destes dados concretos grande parte das crianças ainda são desmamadas precocemente, deixando assim de usufruir dos benefícios e proteções do leite materno.

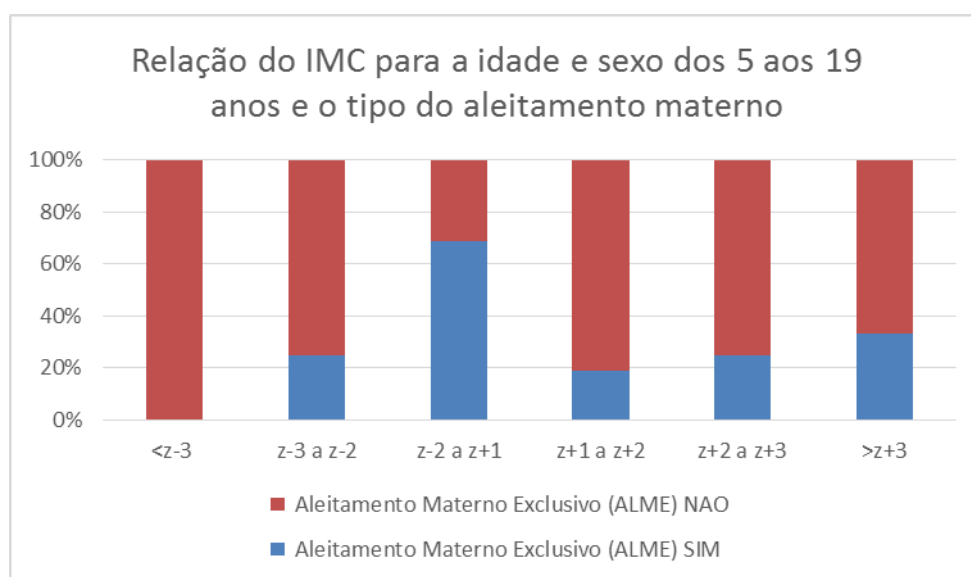
Materiais e Métodos:

Estudo transversal de prevalência composto por amostra de 146 participantes obtidos por conveniência a partir de eventos sociais realizados no ano de 2014 pela Liga Acadêmica de Pediatria (LAPED) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Os dados foram obtidos através

de entrevistas com questionários estruturados respondidos pelos responsáveis presentes após a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido e assinatura do mesmo

Resultados:

Dentre os 146 entrevistados, 86 (58,9%) tinham idade entre 5 e 19 anos e desses, 50% receberam aleitamento materno exclusivo (ALME) e 50% não receberam.



Dentre os 50 % que receberam ALME, 81% (correspondente á 35 participantes) apresentavam IMC adequado (z entre -2 e +1 segundo critérios da OMS).

Já considerando apenas os 50% que não tiveram ALME até os 6 meses de idade, grande parte apresentou ou sobrepeso ou baixo peso, e, apenas 37% destes (16 participantes), estavam eutróficos na presente data do estudo.

Discussão:

Este estudo traz para debate mais um benefício do ALME dentre vários outros. Nota-se claramente uma forte associação entre o aleitamento materno e o peso atingido da fase de 5 aos 19 anos. Bebês que receberam aleitamento exclusivo apresentaram-se em grande maioria como eutróficos. Reservando apenas uma parcela de 16% com sobrepeso/obesidade e apenas 3% com baixo peso.

Enquanto isso os que não receberam ALME, apresentaram maiores índices de sobrepeso/obesidade (51%) e a outra parcela (11,6%) estavam abaixo do peso esperado.

Observamos assim, uma associação entre a falta de ALME e obesidade/sobrepeso em crianças e adolescentes entre 5 e 19 anos. Aumentando por consequência o risco de outras comorbidades relacionadas ao aumento do IMC como: hipertensão arterial sistêmica, esteatose hepática, dislipidemia, resistência insulínica/ diabetes e síndrome metabólica.

Conclusões:

Reitera-se assim a importância do ALME para crianças até os 6 meses de idade, seja pelos seus benefícios precoces, já consagrados na literatura, em relação à outros tipos de alimentação, ou pelos seus benefícios tardios no IMC de crianças e adolescentes.

Referências:

1. Flegal KM, Troiano RP, Kukzmarski RJ, Campbell SM, Johnson CL. Overweight prevalence and trends for children and adolescents – The National Health and Nutrition Examination Surveys, 1963 to 1991. Arch Pediatr Adolesc Med. 1995;149: 1085-91.
2. Monteiro CA, Mondini L, Souza ALM, Popkin BM. Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. In: Monteiro CA. Velhos e novos males da saúde no Brasil - A evolução do país e de suas doenças. São Paulo: Editora Hucitec; 1995. p. 247-55.
3. Serdula MK, Ivery D, Coates RJ, Freedman DS, Williamson DF, Byers T. Do obese children become obese adults? A review of the literature. Prev Med. 1993;22:167-77.
4. Must A. Morbidity and mortality associated with elevated body weight in children and adolescents. Am J Clin Nutr. 1996;63 Suppl 3:S445-7.

ASSOCIAÇÃO ENTRE EXPOSIÇÃO A AGROTÓXICOS E INCIDÊNCIA DE CÂNCER.

Pedro Henrique de Oliveira, UNACON, pedrooliveira.med@gmail.com

Ketuny da Silva Oliveira, UCB, ketunyoliveira@gmail.com

Pedro Henrique Nunes Araujo, UCB, ph_enriquearaujo@hotmail.com

Luan da Cruz Vieira, UCB, luanvieira96.lv@gmail.com

Rodrigo Canto Nery, UNACON, rocanto@gmail.com

Introdução:

Agrotóxicos, pesticidas ou defensivos agrícolas são produtos químicos que visam alterar a composição da flora ou da fauna, a fim de preservá-las da ação danosa de seres vivos considerados nocivos. Também são considerados agrotóxicos as substâncias e produtos empregados como desfolhantes, dessecantes, estimuladores e inibidores de crescimento.

Estes produtos podem causar alterações genéticas como agentes de iniciação, promoção e progressão do processo de carcinogênese dependendo da sua concentração no corpo humano.

Materiais e métodos:

A pesquisa foi feita na plataforma MEDLINE com enfoque às revisões sistemáticas e meta-análises dos últimos cinco anos utilizando os descritores “cancer incidence” e “pesticide exposure”.

Discussão dos resultados:

A meta-análise feita por Ragin et al., com 3.978 casos e 7.393 controles concluiu que há relação de maior incidência de câncer de próstata em fazendeiros, porém esta relação não existe em fazendeiros expostos a fertilizantes. Ingber et al. atualizou uma meta-análise de 2004 com estudos realizados até junho de 2012 confirmando que as informações existentes até aquela data não sustentam a hipótese de que a exposição ao DDT/DDE aumenta o risco de câncer de mama. Boffetta et al. 2013 já pode concluir que não há nenhuma relação causal entre atrazina e câncer e que resultados positivos esporádicos podem ser atribuídos ao viés ou acaso.

Zheng et al. sugerem por meio da revisão feita com estudos publicados entre 1986 e 2012 que a exposição dos trabalhadores ao pentaclorofenol pode aumentar o risco de linfoma e tumor hematopoiético em si e em seus filhos. VoPharm et al. concluiu em sua revisão que há evidências sugerindo uma possível associação entre pesticidas organocloradas e o risco de carcinoma hepatocelular. Silva J. et al. em revisão sistemática concluiu que a evidência fornecida pelos estudos

analisados indica uma possível associação entre o desenvolvimento de câncer de próstata e exposição a pesticidas e/ou atividades laborais agrícolas.

Hai-Yan Yang et al. apresentou dados sugerindo que o aumento da frequência da troca de cromátides irmãs em linfócitos de sangue periférico humano pode indicar efeitos genéticos de populações expostas a pesticidas. Jin J et al. realizou meta-análise que fortalece a hipótese de que a exposição a pesticidas aumenta o risco de desenvolvimento de síndrome mielodisplásica. Geneviève Van Maele-Fabry realizou meta-análise que dá suporte a uma associação entre a exposição ocupacional dos pais aos pesticidas e a incidência de tumores cerebrais em crianças e adultos jovens.

Conclusão:

Foram encontradas evidências contundentes que permitem associar a incidência de câncer à exposição a agrotóxicos. Porém não se pode generalizar esta conclusão a todos os agrotóxicos, visto que alguns trabalhos descartaram esta associação para alguns tipos de produtos químicos. Também não se pode generalizar a conclusão para todos os tipos de neoplasias, visto que os produtos químicos foram associados a neoplasias específicas. Outros estudos, apesar de não verificarem diretamente o incremento do risco de câncer pela exposição a agrotóxicos, puderam verificar que houve maior incidência de situações que favorecerem o desenvolvimento de câncer.

Para se aprofundar no conhecimento sobre a relação causal da incidência de câncer e a exposição a agrotóxicos, devem ser feitas pesquisas a fim de verificar a relação causal de determinados agrotóxicos com neoplasias específicas.

Referências:

- Ragin C, Davis-Reyes B, Tadesse H, et al. Farming, Reported Pesticide Use, and Prostate Cancer. *American Journal of Men's Health*. Vol 7, Issue 2, pp. 102 - 109. First published date: September-04-2012. DOI: 10.1177/1557988312458792
- Zheng R, Zhang Q, Zhang Q, et al. Occupational exposure to pentachlorophenol causing lymphoma and hematopoietic malignancy for two generations. *Toxicology and Industrial Health*. Vol 31, Issue 4, pp. 328 - 342. First published date: January-11-2013. DOI: 10.1177/0748233712472520.
- Boffetta P; Hans-Olov A; Berry C; Mandel J. Atrazine and cancer: a review of the epidemiologic evidence. *European Journal of Cancer Prevention*. 22(2):169–180, MAR 2013. DOI: 10.1097/CEJ.0b013e32835849ca

- Yang H, Feng R, Liu J, et al. Increased Frequency of Micronuclei in Binucleated Lymphocytes among Occupationally Pesticideexposed Populations: A Meta-analysis. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, Vol 15, 2014. DOI:<http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.16.6955>
- Jin J, Yu M, Hu C, et al. Pesticide Exposure as a Risk Factor for Myelodysplastic Syndromes: A Meta-Analysis Based on 1,942 Cases and 5,359 Controls. Hayley S, ed. *PLoS ONE*. 2014;9(10):e110850. doi:10.1371/journal.pone.0110850.
- Ingber S, Buser M, Pohl H, et al. DDT/DDE and breast cancer: a meta-analysis. *Regulatory Toxicology Pharmacology*. Volume 67, Issue 3, December 2013, Pages 421-433 doi: 10.1016/j.yrtph.2013.08.021.
- Maele-Fabry G, Hoet P, Lison D. Parental occupational exposure to pesticides as risk factor for brain tumors in children and young adults: A systematic review and meta-analysis. *Environment International*. Volume 56, June 2013, Pages 19-31. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2013.02.011>
- VoPham, T., Bertrand, K.A., Hart, J.E. et al. *Cancer Causes Control* (2017) 28: 177. <https://doi.org/10.1007/s10552-017-0854-6>
- Silva, J., Mattos, I., Luz, L., et al. (2016). Exposure to pesticides and prostate cancer: systematic review of the literature. *Reviews on Environmental Health*, 31(3), pp. 311-327. Retrieved 11 Oct. 2017, from doi:10.1515/reveh-2016-0001

ASSOCIAÇÃO ENTRE EXPOSIÇÃO A AGROTÓXICOS E INCIDÊNCIA DE CÂNCER DA TIREÓIDE.

Pedro Henrique de Oliveira, UNACON, pedrooliveira.med@gmail.com

Laura de Lima Crivellaro, UCB, crivellarolimalaura@gmail.com

Ketuny da Silva Oliveira, UCB, ketunyoliveira@gmail.com

Marina Ferreira da Silva, UCB, marinaferreiraffs@gmail.com

Adriana Caracas Castelo de Moura, UNACON, accdemoura@gmail.com

Instituição: UNACON

Introdução:

Agrotóxicos, pesticidas ou defensivos agrícolas são produtos químicos que visam alterar a composição da flora ou da fauna, a fim de preservá-las da ação danosa de seres vivos considerados nocivos. Também são considerados agrotóxicos as substâncias e produtos empregados como desfolhantes, dessecantes, estimuladores e inibidores de crescimento.

Estes produtos podem causar alterações genéticas como agentes de iniciação, promoção e progressão do processo de carcinogênese dependendo da sua concentração no corpo humano.

Materiais e métodos:

A pesquisa foi feita na plataforma MEDLINE com enfoque às revisões dos últimos dez anos utilizando os descritores “thyroid neoplasms incidence” e “pesticide exposure”. Foram localizados 8 trabalhos, dentre os quais 5 foram excluídos por não terem feito uma associação direta entre a exposição a agrotóxicos e a incidência de câncer de tireóide.

Discussão dos resultados:

Aschebrook-Kilfoy et al. encontrou evidências de que o efeito disruptivo da tireoide e possivelmente câncer de tireoide também podem resultar da exposição ao nitrato de fertilizantes que contaminam a água potável dos fazendeiros e outros moradores rurais. O nitrato inibe competitivamente a absorção de iodo, possivelmente diminuindo a produção de hormônio tireoidiano, e aumentando a secreção de TSH.

W. Zheng et al. encontrou evidências que permitem associar a exposição ao pentaclorofenol à incidência de doenças de transtorno tireoidiano. Concluiu que deve ser motivo de preocupação o duplo risco de câncer pela exposição a pentaclorofenol e dioxinas.

Leux C. e Guénel P. A afirmou em sua revisão que os produtos químicos ambientalmente abundantes desempenham um papel na carcinogênese por meio de muitos mecanismos. A partir do resultado do seu estudo também obteve evidências que permitiu levantar a hipótese de que existe um risco aumentado de neoplasia de tireoide para trabalhadores expostos a determinados pesticidas.

Conclusão:

A pesquisa não encontrou um grande número trabalhos relacionando o câncer da tireóide com a exposição a agrotóxicos. Apenas a revisão de Zheg W. encontrou evidências que permitiram concluir a existência da relação. A bibliografia tem dados suficientes que permitem associar a exposição a agrotóxicos com a incidência de doenças disruptivas da tireóide. Aschebrook-Kilfoy explicou até o mecanismo pelo qual a fisiologia da tireóide sofre interferências, porém, quanto à influência destes agentes químicos no processo de carcinogênese, os trabalhos apenas permitiram levantar hipóteses.

Referências:

- C. Leux, P. Guenel. Risk factors of thyroid tumors: Role of environmental and occupational exposures to chemical pollutants. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 58 (2010) 359–367. doi:10.1016/j.respe.2010.05.005
- W. Zheng, H. Yu, X. Wang, W. Qu. Systematic review of pentachlorophenol occurrence in the environment and in humans in China: Not a negligible health risk due to the re-emergence of schistosomiasis. *Environment International*, Volume 42, July 2012, Pages 105-116. doi:10.1016/j.envint.2011.04.014
- Aschebrook-Kilfoy B, Ward MH, Della Valle CT, Friesen MC. Occupation and thyroid cancer. *Occup Environ Med*. 2014 May;71(5):366-80. doi:10.1136/oemed-2013-101929

AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE ANTITUMORAL *IN VITRO* DOS MASTOPARANOS SOBRE O TUMOR DE EHRLICH

Anne Karollyny Oliveira Mendonça (FACIPLAC – annekarollyny@gmail.com), Hyzadora Sousa Almeida (FACIPLAC – h.y.z.a@hotmail.com), Marieli Deolindo Vieira (FACIPLAC – marielimdv@uol.com.br), Paula do Carmo Vasconcelos Xavier (FACIPLAC – paulacvxavier@hotmail.com), Osmar Nascimento Silva (UCB – osmar.silva@catolica.edu.br)

Palavras-chave: ANTICÂNCER. PEPTÍDEOS. ATIVIDADE HEMOLÍTICA. TAE.

Introdução:

O câncer é uma doença que afeta vários tipos de órgãos e tecidos, tem como característica o crescimento desordenado de células, é responsável por mais de 12% de todas as causas de óbito no mundo. Atualmente têm sido realizados vários estudos buscando novos fármacos com ação antitumoral com baixa toxicidade e boa penetrabilidade nos tecidos, a utilização de modelos experimentais em animais é necessária, o modelo mais utilizado é o tumor de Ehrlich em camundongos que é caracterizado por ser um carcinoma de crescimento rápido e agressivo de forma sólida. Dentre esses compostos, merecem destaque os peptídeos antimicrobianos (PAMs), que são componentes da imunidade inata de todos os organismos, apresentando atividade seletiva contra microrganismos e células tumorais. Dentre os PAMs, os mastoparanos que foram isolados inicialmente de vespas são uma família representativa, apresentando um amplo espectro de atividades.

O objetivo do presente trabalho foi avaliar a atividade antitumoral *in vitro* dos peptídeos mastoparanos L e MO sobre o tumor de ascítico Ehrlich.

Materiais e métodos:

As células do tumor de Ehrlich foram incubadas com diferentes concentrações dos peptídeos (1,5-100 µg.mL⁻¹) a viabilidade celular foi avaliada pelo ensaio colorimétrico MTT em dois períodos de 24 e 48 horas, após esse período as placas foram lidas para determinar a viabilidade celular. Resultados: Os ensaios mostram que nos períodos de 24 e 48h o mastoparano L inibiu significativamente a viabilidade celular do tumor de Ehrlich (>50%) nas concentrações de 50 e 100 µg.mL⁻¹.

Resultados:

Dos peptídeos testados, Mastoparano-L e PyAMP1B5 inibiram o crescimento em cerca de 90% das células de tumor em ambos os tempos de 24 e 48h nas concentração de 100 μg . A molécula Mastoparano-L em 24h se mostrou eficaz na concentração de 50 μg e em 48h com a concentração de 25 μg . Enquanto o peptídeo PyAMP1B5 a concentração de 50 μg só se mostrou eficiente em 24h (Figura 1). Já o mastoparano MO, não apresentou atividade significativa nas concentrações testadas (Figura 2).

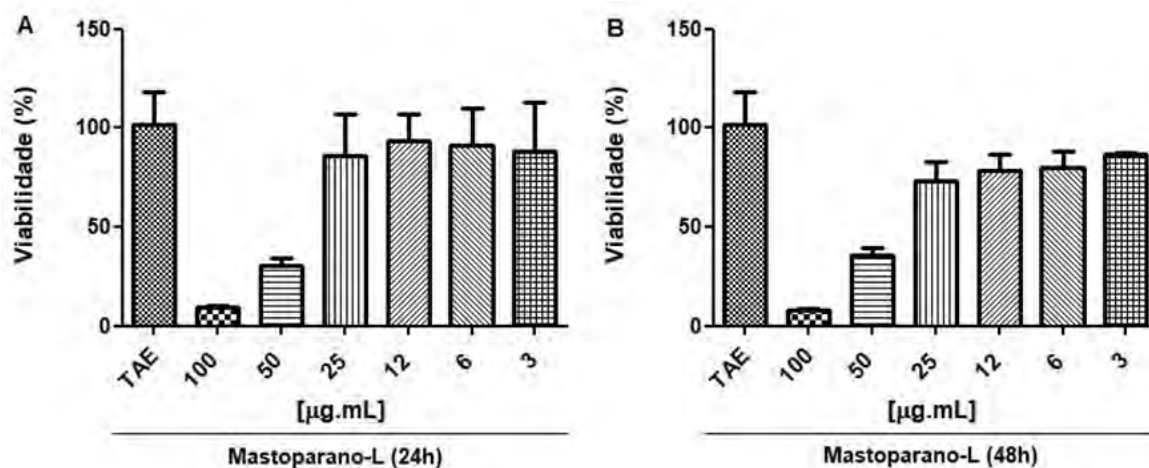


Figura 01: A – Representa os resultados obtidos nas diferentes concentrações do peptídeo Mastoparano-L em 24 horas; B – Resultados obtidos em 48 horas.

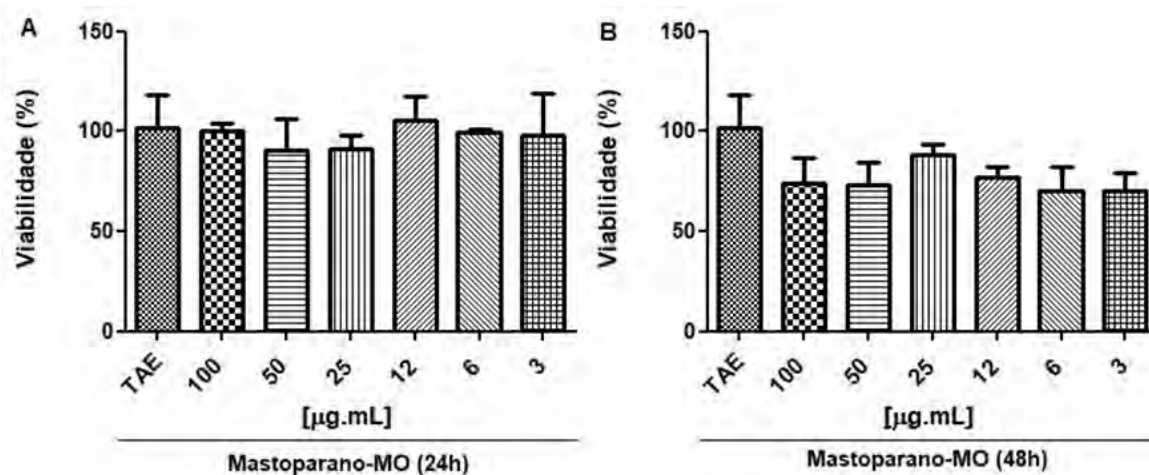


Figura 02: A – Representa os resultados obtidos nas diferentes concentrações do peptídeo Mastoparano-MO em 24 horas; B – Resultados obtidos em 48 horas.

Conclusão:

Pode-se concluir que o peptídeo mastoparano-L possui ação antitumoral frente a células do tumor de Ehrlich, sendo necessários mais estudos para elucidar seu mecanismo de ação.

AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DE *OCIMUM SP.* SOBRE O COMPORTAMENTO DE ANIMAIS SUBMETIDOS A MODELOS EXPERIMENTAIS DE ANSIEDADE

Júlia Candiota Diniz, Universidade Católica de Brasília, juliacandiota@gmail.com

Isabelle Chariglione, Universidade Católica de Brasília, isabelle.chariglione@gmail.com

Juliana Penso da Silveira, Universidade Católica de Brasília, julianap@ucb.br

José Eduardo Pandossio, Universidade de Brasília, pandossi@gmail.com

Palavras-chave: Labirinto em cruz elevado. Campo aberto. Ansiedade. Fitoterapia.

Introdução

De modo geral, a ansiedade é um estado emocional de apreensão ou medo, uma expectativa de que algo ruim aconteça. Apesar de poder ser normal ou adaptada em situações de luta ou fuga, há situações em que é uma resposta inadequada ao estresse, regulada pelo sistema nervoso (STAHL, 2002).

Os transtornos de ansiedade são caracterizados por sintomas físicos, como cefaleia, dores no estômago, taquicardia e sudorese, além de angústia, tensão, nervosismo e irritabilidade (DALGALARRONDO, 2008). Tais transtornos são clinicamente conhecidos como transtorno de ansiedade generalizada, transtorno do pânico, fobias e transtorno de estresse pós-traumático (RANG, 2011; STAHL, 2002; DALGARROLONDO, 2008). O CID-10 traz os transtornos de pânico e ansiedade generalizada, transtornos mistos, transtornos especificados e não especificados (OMS, 2012).

O tratamento farmacológico dos transtornos de ansiedade pode ser feito a partir da buspirona, benzodiazepínicos e alguns fármacos antidepressivos, pois estes possuem ações sobrepostas aos ansiolíticos no tratamento de subtipos de transtornos de ansiedade (STAHL, 2002).

Além do tratamento por meio de ansiolíticos, há, no conhecimento tradicional, passado entre sucessivas gerações, métodos naturais como o uso de plantas medicinais para melhorar os sintomas causados pela ansiedade. Tal estratégia, é relevante no âmbito da saúde básica, tendo em vista que os fitoterápicos têm menor custo e estão mais disponíveis para a população (BRASIL, 2006b; OLIVEIRA, 2009).

A fitoterapia é uma terapêutica em que se utilizam plantas medicinais em diferentes formas farmacêuticas. O Brasil possui grande potencial para o uso de plantas medicinais, pois conta com a maior diversidade vegetal do mundo, além da tecnologia para validá-las cientificamente. Nota-se,

deste modo, um movimento para introdução das práticas fitoterápicas na atenção básica no Sistema Único de Saúde, SUS a partir da década de 80 (BRASIL, 2006b).

Para estabelecer os diretrizes para a atuação do governo na área de plantas medicinais e fitoterápicos, foi desenvolvida a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, PNPMF, em 2006, com o objetivo de garantir à população o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, ampliar os conhecimentos sobre a segurança, qualidade, eficácia e promover e reconhecer as práticas populares do uso (BRASIL, 2006a).

Para estudo do potencial farmacológico de plantas e substâncias isoladas no tratamento da ansiedade, podem-se utilizar modelos animais que tem a função de criar no animal uma resposta instintiva de comportamento que pode ser diretamente relacionada a determinados comportamentos humanos (PÉREZ, 2013). Tais modelos procuram, de maneira geral, medir nos animais os comportamentos de aproximação e esquiva (KULESSKAIA, 2014).

A ansiedade produz efeitos comportamentais e fisiológicos que também ocorrem em animais de experimentação quando expostos a modelos animais, como uma inibição particular de comportamentos que ocorrem quando se é exposto a uma nova situação ambiental. Em um estudo com ansiolíticos, a exposição do animal a um novo ambiente pode gerar uma resposta de medo e imobilidade no animal. Esta imobilidade se reduz se forem administrados fármacos ansiolíticos (RANG, 2011).

O potencial ansiolítico pode ser estimado empregando-se diversos modelos, como o labirinto em cruz elevado, o campo aberto, a caixa claro-escuro (FATURI, 2010) e o *marble burying test* (PÉREZ, 2013). Entre esses, os dois primeiros são os mais utilizados.

O labirinto em cruz elevado, LCE, é composto por uma estrutura de madeira, com dois braços abertos, ou seja, sem paredes, e dois braços fechados, com paredes altas. É um método simples de se testar a ansiedade em roedores, medindo a quantidade de tempo que o rato gasta nos braços abertos e quanto tempo passa nos braços fechados do labirinto (WALF, 2007). Assim, mede-se o medo e a esquiva do animal proporcionado pelo próprio modelo (BRAVIN et al, 2005) e não pela presença de estímulos aversivos como choques elétricos e barulhos (WALF, 2005). O labirinto busca produzir a resposta condicionada nos animais de preferirem um espaço fechado e escuro (aproximação) e a resposta incondicionada de medo de altura e espaços abertos (esquiva) (WALF, 2005).

A administração de ansiolíticos deve aumentar o tempo passado nos braços abertos (RANG, 2011). A atividade ansiolítica é medida pelo número de entradas do animal nos braços abertos e o tempo que passou neles (RANG, 2011)

Já o campo aberto é composto por uma redoma de acrílico com um campo aberto no centro, com um chão branco demarcado por fitas pretas em pedaços de mesma área para se medir a atividade locomotora e exploratória do animal. Quando colocado no centro do campo, um ambiente do qual não consegue fugir, observa-se sua movimentação dentro do campo, contando o número de vezes que o animal passa pelas fitas colocadas no chão do campo aberto, além do número de levantamentos e de comportamento de auto-limpeza (OKOLI, 2010). Um tratamento ansiolítico aumenta sua atividade locomotora (BRAVIN et al, 2005).

O objetivo geral do trabalho foi verificar alterações comportamentais relacionadas à ansiedade induzidas pelo extrato aquoso de um exemplar da espécie *Ocimum*. Os objetivos específicos foram preparar o extrato aquoso da planta; Verificar se animais submetidos ao teste de campo aberto após o tratamento com o extrato da planta, apresentam aumento na atividade locomotora e exploratória quando comparados aos controles; Verificar se os animais tratados com o extrato da planta apresentavam maior tempo nos braços abertos no teste do labirinto em cruz elevado quando comparados aos controles; Verificar se a possível ação ansiolítica do extrato da planta seria dose-dependente.

Materiais e Métodos

A espécie de *Ocimum* utilizada nesse estudo foi identificada de forma preliminar pelo Professor Dr. Jean Kleber Mattos (Universidade de Brasília) como um híbrido de *Ocimum canum* e *Ocimum basilicum*. O espécime foi cedido pelo horto da Universidade de Brasília (Figura 1).

Figura 1 – Planta híbrida de *Ocimum canum* e *Ocimum basilicum* – Horto de plantas da Universidade Católica de Brasília



As plantas frescas foram coletadas do horto da Universidade Católica de Brasília (UCB), no período matutino, às 10 horas da manhã e encaminhado ao laboratório de farmacognosia da UCB.

As plantas foram selecionadas levando-se em consideração a integridade do material, tendo sido utilizadas as sumidades aéreas. O material foi lavado em água corrente e colocado em bandejas contendo papel toalha, onde ficou sob secagem a temperatura ambiente por 4 dias e posteriormente submetido a secagem em estufa de ar circulante, a temperatura ambiente por 3 dias. O material seco foi triturado em moinho de martelo e acondicionado ao abrigo de luz e umidade (Figura 2).

Figura 2 – Secagem da planta em bandejas com papel toalha por quatro dias



O material seco foi triturado em moinho de martelo e acondicionado ao abrigo de luz e umidade (Figura 3). O extrato aquoso foi obtido por meio de infusão, a partir de 20 g da droga triturada em 200 mL de água a 100 °C, durante 30 min. O procedimento de extração foi realizado 6 vezes (Figura 4). Após esse tempo o extrato foi filtrado, congelado e submetido a liofilização no Laboratório de Ciência e Tecnologia dos Alimentos da UCB, levando a obtenção do extrato seco (Figura 5).

Figura 3 – Planta triturada em moinho de martelo e separada em béqueres contendo 20g.



Figura 4 – Preparação do extrato aquoso por meio de infusão por 30 minutos



Figura 5 – Extrato sendo filtrado após as seis extrações



O projeto foi aprovado pelo comitê de Ética no Uso de Animais da Universidade Católica de Brasília (registro nº008/16).

Foram utilizados 30 animais, *Rattus norvegicus*, de linhagem Wistar, adultos de ambos os sexos com peso de 250 a 350 gramas. Os animais foram produzidos pelo biotério do laboratório de Processos Básicos da Universidade Católica de Brasília. Foram mantidos em ambiente com temperatura controlada de 22°C em gaiolas coletivas de 5 animais, com ciclo claro/escuro de 12h e são alimentados por ração e água *ad libitum*.

Os animais foram divididos em cinco grupos de seis animais cada.

I. Controle negativo salina

- II. Controle positivo diazepam 2mg/kg
- III. *Ocimum sp.* 200mg/kg
- IV. *Ocimum sp.* 400mg/kg
- V. *Ocimum sp.* 600mg/kg

O grupo controle negativo foi tratado com salina (VERMA et al, 2008). O grupo controle positivo foi tratado com diazepam na dose de 2mg/kg (VERMA ET AL, 2008). Os extratos de *Ocimum sp.* foram administrados nas doses de 200mg/kg e 400mg/kg, conforme estudos conduzidos por Okoli (2010) e Venuprasad (2014) e de 600mg/kg para comparação de efeito entre as doses.

O extrato aquoso foi ressuspenso em salina no dia dos experimentos imediatamente antes da manipulação das doses aos animais. Para a manipulação do diazepam, foi preparada uma solução em salina com 40% de propilenoglicol.

Os animais receberam as doses do extrato, o diazepam e a salina 30 minutos antes do início dos testes por via oral utilizando-se o método de gavagem e não ficaram privados de alimentação nas horas que antecederam os testes.

Posteriormente, foram submetidos, separadamente, aos testes de LCE seguido do teste de Campo Aberto (BRUIJNZEEL et al, 2016) e passaram por um intervalo de 5 minutos entre os testes dentro de uma caixa individual. Todos os testes foram realizados até às 13 horas por causa do ciclo do próprio animal (RABBANI et al, 2015) afim de se evitar resultados inconsistentes (WALF, 2005).

Cada animal foi separadamente posicionado no centro do labirinto com a cabeça virada para um braço fechado. Foi observado por cinco minutos, o número de cruzamentos feitos pelos animais nos braços fechados, o número de entradas no braço aberto e o tempo permanência nos braços abertos, segundo estudo conduzido por Verma et.al (2008).

Foi considerado como cruzamento, a entrada com as quatro patas em um dos braços abertos ou fechados andando ou correndo (PELLOW et al, 1985). Assim que o animal entrasse em um dos braços abertos com as quatro patas o cronômetro era acionado e apenas era desligado quando o animal entrasse novamente em um dos braços fechados.

Figura 6 – Labirinto em Cruz Elevado



O animal foi posicionado no centro do campo aberto e sua atividade locomotora foi observada por 5 minutos. Foi contado o número de vezes que o animal cruzou as linhas presentes no chão do modelo, sendo considerado o número de cruzamentos centrais e periféricos, assim como o número de levantamentos centrais e periféricos e o comportamento de *grooming* (autolimpeza) (OKOLI, 2010).

Os cruzamentos foram considerados quando o animal cruzava as secções do modelo com as quatro patas, andando ou correndo, enquanto que os levantamentos foram considerados quando o animal sustentava o corpo nas patas traseiras, apoiando-se ou não com as dianteiras nas paredes do modelo (PRUT; BELZUNG, 2003). Enquanto a atividade motora no centro do modelo é mais seletiva para o estudo da ansiedade, a movimentação na periferia do aparato é indicador da atividade locomotora do animal (PRUT; BELZUNG, 2003).

Figura 7 – Campo Aberto

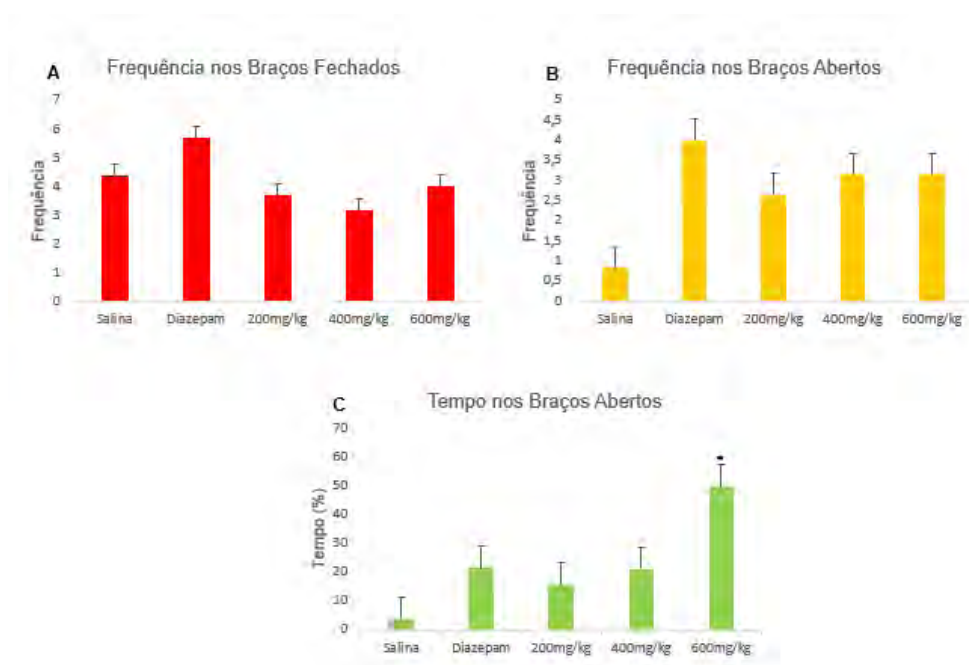


A análise estatística dos dados foi realizada pelo software Sigma Stat® versão 2.0, onde foi utilizada análise de variância de uma via, ANOVA *one-way*. Para os dados que não se enquadraram na curva de normalidade, foi também realizada a ANOVA não-paramétrica Kruskal-Wallis, utilizando as medianas, mas optou-se por mostrar os resultados dos testes paramétricos. As análises foram seguidas pelo teste *post-hoc* de Student Newmann-Keuls (SNK) ($p \leq 0,05$). Os resultados serão visualizados utilizando-se as Médias e o Erro Padrão Médio, EPM.

Resultados e Discussão

Apesar dos resultados de entrada nos braços abertos não serem estatisticamente significativos ($p < 0,05$), ainda assim são coerentes, havendo aumento do número de entradas nos braços abertos após o tratamento com extrato aquoso em comparação com o grupo salina e com o aumento da dose de 200 para 400mg/kg.

Figura 8 - Efeito dos tratamentos sobre as frequências nos braços fechados e aberto e o tempo de permanência nos braços abertos para animais submetidos ao LCE. As colunas representam as médias e as barras o EPM. *: Indica diferença estatisticamente significante entre os grupos OC 600mg/kg e salina quanto ao tempo de permanência nos braços abertos ($p < 0,05$).

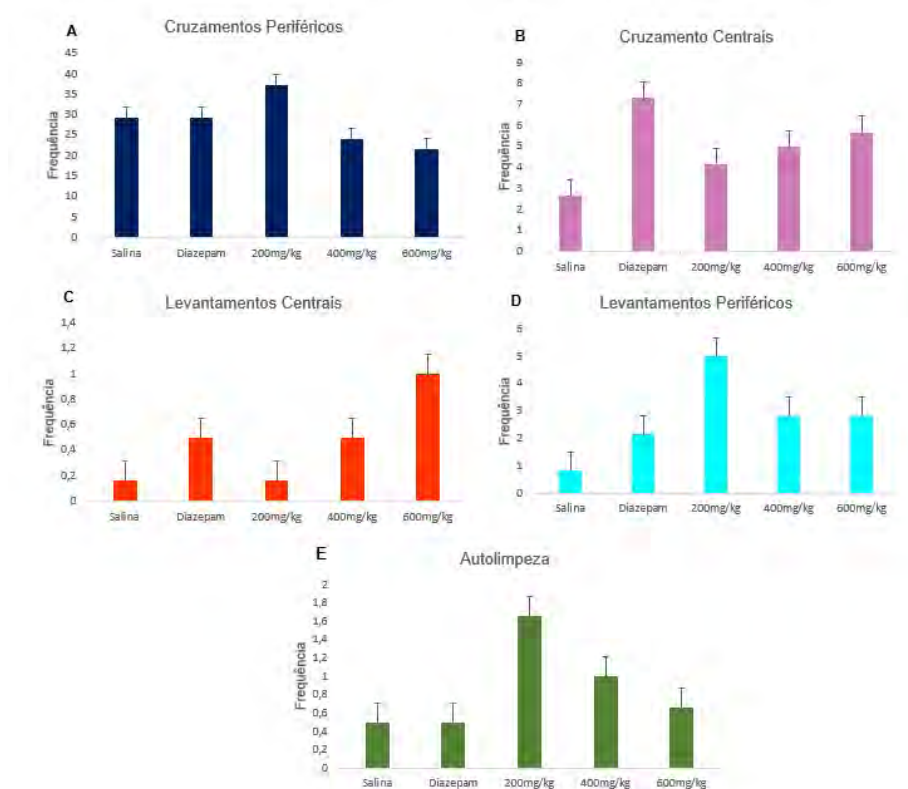


Em relação ao tempo passado nos braços abertos, os resultados foram estatisticamente significativos ($p < 0,05$). O grupo salina apresenta menor média de tempo passado nos braços abertos e o extrato aquoso na dose de 600mg/kg teve média superior ao diazepam. Pode-se observar

também uma elevação nas médias de acordo com o aumento da dose do extrato, ou seja, o há atividade ansiolítica dose-dependente. O aumento do tempo passado nos braços abertos pode ser considerado um efeito ansiolítico (VENUPRASAD et al, 2014).

Foi realizado teste pós hoc SNK, e a maior diferença entre os grupos, ou seja, a significância está entre o grupo salina e o grupo de 600mg/kg. A média que mais se aproxima de 600mg/kg é a do diazepam, podendo confirmar, portanto, o efeito ansiolítico do extrato. Os dados encontrados corroboram com resultados obtidos por Verma et al (2008) e Venuprassad et al (2014) em testes realizados com extratos preparados em solventes diversos de *Ocimum Gratissimum*.

, Figura 9 - Efeito dos tratamentos sobre os cruzamentos periféricos e centrais, assim como nos levantamentos e comportamentos de autolimpeza entre os grupos submetidos ao Campo Aberto. As colunas representam as médias e as barras o EPM.



O teste do campo aberto consiste em expor o animal a um ambiente desconhecido do qual ele não consegue fugir e envolve o confronto forçado do animal com a situação (WALSH; CUMMINS, 1976; PRUT; BELZUNG, 2003).

No comportamento de cruzamento de linhas periféricas, o grupo controle positivo e negativo obtiveram médias semelhantes e a dose de 200mg/kg foi a maior média dentre os grupos.

No cruzamento central, os resultados, apesar de não serem estatisticamente significantes ($p < 0,05$), podem ser considerados coerentes. O grupo salina possui o menor número de cruzamentos centrais e o grupo diazepam exercendo papel de controle positivo. Nota-se também um aumento da média com o aumento da dose de 200, 400 e 600mg/kg (Figura 10), ou seja, comprovando seu efeito ansiolítico e dose-dependente. A administração aguda de um benzodiazepínico, no caso o diazepam, induz a efeitos ansiolíticos, situação em que se observa um aumento de entradas na parte central do modelo (PRUT; BELZUNG, 2003).

Devido ao comportamento de tigmotaxia dos animais, um aumento no cruzamento de linhas centrais pode ser considerado um comportamento ansiolítico (PRUT; BELZUNG, 2003).

Venuprasad (2014), ao tratar os animais com extrato etanólico de *Ocimum gratissimum* nas doses de 200 e 400mg/kg observou aumento no cruzamento de linhas semelhante ao grupo diazepam quando comparado ao controle salina.

O próprio modelo do campo aberto gera comportamentos ansiosos no animal pelo fato dele estar separado do seu grupo e exposto a um espaço aberto, oposto ao seu ambiente natural, onde prefere ficar em tocas e lugares fechados. Portanto, o campo aberto é utilizado para ver a reação dos animais a situações estressantes e os ansiolíticos devem diminuir a resposta de estresse que inibe o comportamento de exploração (PRUT; BELZUNG, 2003).

Por meio do campo aberto pode-se observar não apenas a resposta de estresse do animal, mas também é importante para se verificar a sedação de compostos. De acordo com as médias dos cruzamentos periféricos, não houve sedação pelo extrato e nem pelo diazepam quando comparado com a salina, tendo o grupo de 200mg/kg a maior média entre os grupos (Figura 9).

A exploração dos animais no campo aberto pode ser aumentada devido à privação de água e alimento (PRUT; BELZUNG, 2003), porém cabe salientar que neste estudo os animais não ficaram privados de ração e água nas horas antecedentes aos testes.

O levantamento significa atividade exploratória dos animais no centro ou na periferia, e ambos tendem a aumentar conforme a resposta de estresse do animal induzida pelo modelo diminui (PRUT; BELZUNG, 2003). Os levantamentos centrais podem ser considerados mais aversivos aos animais pelo fato de não poderem realizar a tigmotaxia e por estarem se expondo a explorar um ambiente aberto e iluminado que poderia expô-los a algum componente aversivo.

Em relação aos levantamentos centrais, mais uma vez obteve-se efeito ansiolítico dos extratos quando comparados aos controles e também dose dependente, tendo a média do grupo de 600mg/kg ultrapassado a do grupo diazepam. Nos levantamentos periféricos, o grupo de 200mg/kg

obteve maior frequência do que o grupo diazepam, mas também obteve maior frequência em autolimpeza e cruzamentos periféricos.

Freire (2006), ao tratar os animais com óleo essencial (OE) de *Ocimum gratissimum* nas doses de 0,5 e 10g/kg não observou diferença entre os grupos tratados com OE e o grupo controle, sugerindo falta de efeito na atividade exploratória dos animais. Apesar do OE ter aumentado a duração do sono induzido por barbitúricos, não houve efeito sedativo no campo aberto ou diminuição do estresse induzido pelo modelo.

Para as frequências de levantamento central, tempo nos braços abertos e cruzamentos centrais, pode-se inferir que, em uma curva de dose-efeito, a dose de 600mg/kg gerou efeito máximo.

O comportamento de autolimpeza pode ser considerado um comportamento de deslocamento de estresse do animal ao ser confrontado por uma nova situação (PRUT; BELZUNG, 2003), portanto um comportamento de limpeza reduzido denota diminuição do estresse (OKOLI, 2010). Os dados relacionados a este comportamento podem ser considerados inconclusivos, uma vez que o grupo de 200mg/kg, o que obteve a maior média neste comportamento, um dado ansiogênico, também obteve maior média nos levantamentos centrais e periféricos, ou seja, em um dado ansiolítico.

Conclusões

- O tempo de permanência nos braços abertos aumentou após o tratamento com os extratos de uma maneira dose dependente.
- Em relação ao tempo de permanência, a segunda média mais próxima do grupo de 600mg/kg foi a do grupo diazepam indicando atividade ansiolítica do extrato.
- Em relação aos cruzamentos centrais, houve aumento dose-dependente.
- O mesmo pode ser observado na média dos levantamentos centrais, um aumento da atividade de acordo com o aumento da dose.
- Sobre o comportamento de autolimpeza, levantamentos periféricos e cruzamentos de linhas centrais, os dados são inconclusivos, pois o grupo da dose de 200mg/kg obteve as maiores médias nesses parâmetros analisados, ou seja, há uma divergência em relação a atividade ansiolítica e ansiogênica.
- Uma das limitações do trabalho foi o pequeno número de animais utilizados, fazendo com que surgissem discrepâncias intragrupos.

- As plantas do gênero *Ocimum* são estudadas por terem efeitos em tratamentos respiratórios, intestinais, renais, anestésicos, antissépticos, entre outros e alguns trabalhos vêm demonstrando sua atividade relacionada a transtornos de ansiedade. Para perspectivas futuras, é de interesse se estudar mais a cerca dessa possível indicação clínica, uma vez que são plantas amplamente utilizadas pela população, além de se realizar estudos abrangendo também a depressão. Seria interessante também, realizar uma comparação entre a planta híbrida utilizada neste estudo e outras plantas do gênero *Ocimum*.
- Outra perspectiva que este trabalho aponta é a necessidade de separar e testar os diferentes compostos presentes no extrato da planta, na tentativa de responder qual ou quais princípio(s) ativo(s) teria(m) de fato um efeito sobre a ansiedade.

Referências Bibliográficas

- BRAVIN, et al. **Efeitos da administração aguda de imipramina, fluoxetina e buspirona no comportamento de roedores submetidos ao teste de campo aberto, labirinto em “T” elevado e nado forçado.** Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal, v.99, n.3, p.37-42, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.** Brasília, DF, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: Atitude de ampliação e acesso.** Brasília, DF, 2006b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.** Brasília, DF, 2009.
- BRUIJNZEEL, A.W, et al. **Behavioral Characterization of the Effects of Cannabis Smoke and Anandamide in Rats.** PLoS ONE, v. 11, n. 4: e0153327.doi:10.1371/journal.pone.0153327, 2016
- DALGALARRONDO. P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- FATURI, C.B. **Anxiolytic-like effect of sweet Orange aroma in Wistar rats.** Progress in Neuro-psychopharmacology & Biological Psychiatry, v. 34, p. 605-609, 2010.
- FREIRE, C.M.M. **Effects of sezonal variation on the central nervous sistem activity of Ocimum gratissimum essencial oil.** Journal of ethnopharmacology, v.105, p.161-166, 2006.
- KULESSKAYA, N. VOIKAR, V. **Assessment of mouse anxiety-like behavior in the light-dark box and open field arena: Role of equipment and procedure.** Physiology and Behavior, v.133, p. 30-38, 2014

- OKOLI, C. **Anticonvulsant and anxiolytic evaluation of leaf extracts of *Ocimum gratissimum*, a culinary herb**. Pharmacognosy research, v.2 iss.1 p.36 -40, 2010.
- OLIVEIRA, F.C. **Avanços nas pesquisas etnobotânicas no Brasil**. Acta Botânica Brasileira, v.23, n.2, p.590-605, 2009.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Cid-10: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10. Ed. São Paulo: EDUSP – Editora da Universidade de São Paulo, 2012.
- PELLOW et al. **Validation of open : closed arms entries in na elevated plus-maze as a mesure of anxiety in the rat**. Journal of Neuroscience Methods, v.14, p.149-167, 1985.
- PÉREZ. M.A. **Marble Burying and Nestlet Shredding as Tests of Repetitive, Compulsive-like Behaviors in Mice**. Journal of Vizualized Experiments, v. 82, 2013.
- PINHEIRO et al. **Elevated mazes as animal models of anxiety: effects of serotonergic agents**. Anais da Academia Brasileira de Ciencias, v.79, n.1, p.71-85
- PRUT, L.; BELZUNG, C. **The open fiel as a paradigm to measure the effects of drugs on axiety like behaviors: a review**. Eropean Jornal of Pharmacology, v.463, p. 3-33, 2003.
- RABBANI, et. al. **Evaluation of anxiolytic and sedative effect of essential oil and hydroalcoholic extract of *Ocimum basilicum* and chemical composition of its essential oil**. Research in Pharmaceutical Sciences, v.10, n.6, p.535-543.
- RANG & DALE. **Farmacologia**. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
- STAHL, S.M. **Psicofarmacologia: base neurocientífica e aplicações práticas**, 2ª ed., Rio de Janeiro, Medsi, 2002.
- VERMA, et al. **Anxiolytic effect of *Ocimum gratissimum* on the elevated plus maze modelo f anxiety in mice**. Pharmacologyonline, v.3, p.244-249, 2008.
- Venuprasad, M.P. **Phytochemical analysis of *Ocimum gratissimum* by LC-ESI-MS/MS and tis antioxidant and anxiolytic effects**. South African Journal of Botany, v. 92, p.151-158, 2014
- WALF. A.A. **The use of the elevated plus maze as an assay of anxiety-related behavior in rodents**. Nature Protocol, v.2, n.2, p. 322-328, 2007
- WALSH, R. N.; CUMMINS, R.A. **The Open Field Test: A critical review**. Psychological Bulletin, v. 83, p. 482-504, 1976.

BIOQUÍMICA APLICADA AO EXERCÍCIO: O PAPEL DO QUÍMICO NO MONITORAMENTO DO EXERCÍCIO

Nathana Mourão Moura¹; Luiz Humberto de Souza²; Thiago dos Santos Rosa²; Rodrigo V. Passos Neves²; Milton Rocha Moraes²

1. Curso de Química da Universidade Católica de Brasília – UCB; 2. Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação Física – UCB.

E-mail: nathana.moura@catolica.edu.br; milton.moraes@ucb.br.

Introdução:

Evidências sugerem que o exercício físico pode ser usado como uma terapia não medicamentosa no controle da hipertensão arterial (HA). Um dos possíveis mecanismos na redução da HA induzida pelo exercício é a produção de substâncias vasoativas, como o óxido nítrico (ON) e o lactato (Lac). O exercício isométrico (EI) mostrou-se uma importante ferramenta adjuvante no tratamento da HA. O objetivo do estudo foi analisar os parâmetros bioquímicos de pacientes hipertensos idosos submetidos a duas intensidades do EI.

Materiais e Métodos:

Foram recrutados idosos hipertensos institucionalizados e sedentários: 10 idosos (≥ 60 anos) de ambos os sexos. Os idosos realizaram EI de preensão palmar utilizando dois protocolos distintos, um a 3% e outro a 30% da contração voluntária máxima isométrica (CVMI). A pressão arterial sistólica (PAS), a pressão arterial diastólica (PAD) e a frequência cardíaca (FC) foram mensuradas em 5 e 10 minutos de repouso (pré-exercício) e em 1, 5, 10, 15, 30, 45 e 60 minutos pós-exercício. O Lac, ON salivar e a glicemia (Glic) foram mensurados em repouso, imediatamente ao final, e na recuperação pós-exercício aos 30 e 60 minutos. Utilizou-se o teste de Shapiro-Wilk para verificar a normalidade dos dados. Para realizar as comparações múltiplas utilizou-se a Split Plot ANOVA para medidas repetidas, com post hoc de Least Significant Difference (LSD). **Resultados:** Não houve diferenças significativas nos parâmetros bioquímicos (Lac, ON e Glic, $p < 0,05$) em ambas as sessões (3% e 30% CVMI). A PA sistólica (PAS) apresentou uma queda significativa em relação ao pré-exercício a 30% CVMI ($p < 0,05$). Não houve diferenças para a PA diastólica. A sessão 3% não induziu alterações significativas na PA. Não houve diferenças para FC em ambos os protocolos ($p < 0,05$).

Discussão e Conclusões:

Os resultados demonstraram que o EI em idosos hipertensos não causa nenhuma alteração significativa nos parâmetros bioquímicos vasoativos (Lac e ON). É possível que outras substâncias vasoativas estejam envolvidas, como a bradicina e prostaglandinas. Entretanto este modelo foi capaz de reduzir os níveis pressóricos após uma única sessão a 30% da CVMI, demonstrando o potencial benefício deste modelo de exercício no controle da hipertensão arterial da população estudada.

Palavras-chave: Envelhecimento, Isométrico, Hipertensão, Óxido Nítrico, Lactato.

**BOAS PRÁTICAS EM ATENDIMENTO INTERDISCIPLINAR:
CONTROLE GLICÊMICO DE PACIENTE GERIÁTRICA COM *DIABETES MELLITUS*
TIPO 2**

Adriana Cardoso Furtado (docente da Universidade Católica de Brasília, adrianac@ucb.br), João Paulo de Araújo de Oliveira (discente da Universidade Católica de Brasília, iamjparaújo93@gmail.com), Paula Grasiella Rego Rezende (discente da Universidade Católica de Brasília, paulachan32@gmail.com), Paulo Henrique Gonçalves Rabello (discente da Universidade Católica de Brasília, ph.rabello@icloud.com), Thaissa de Carvalho da Costa (discente da Universidade Católica de Brasília, thaissa.carvalhoc@gmail.com).

INTRODUÇÃO

O *Diabetes mellitus* (DM) é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios de metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. As consequências a longo prazo incluem danos, disfunção e falência de vários órgãos. Os pacientes portadores de episódios hiperglicêmicos, quando não tratados, desenvolvem cetoacidose ou coma hiperosmolar. Com o progresso da doença aumenta o risco de desenvolverem complicações crônicas características, tais como: retinopatia, angiopatia, doença renal, neuropatia, proteinúria, infecção, hiperlipidemia e doença aterosclerótica. Ao contrário do *Diabetes mellitus* tipo 1 (DM1) que resulta primariamente da destruição de células beta pancreáticas, o *Diabetes mellitus* tipo 2 (DM2) resulta, em geral, de graus variáveis de resistência à insulina e/ou deficiência relativa de secreção de insulina (MOTTA, 2009).

O objetivo no tratamento do DM 2 é manter a glicemia em uma faixa normal para que não ocorra o desenvolvimento de complicações a longo prazo. Perda de massa corpórea por meio de exercícios e dieta restrita diminui a resistência à insulina e corrige a hiperglicemia em alguns pacientes. Entretanto, a maioria deles é dependente da intervenção farmacológica feita com fármacos anti-hiperglicemiantes orais (HOWLAND e MYCEK, 2013).

A insulina é um hormônio polipeptídico que desenvolve um papel indispensável no que diz respeito à manutenção e regulação da homeostase de glicose no organismo. Ela é secretada pelas células β localizadas nas ilhotas pancreáticas do pâncreas, quando há o aumento dos níveis de glicose e aminoácidos no organismo após as refeições. Uma falta relativa ou total desse hormônio

no organismo poderá acarretar um quadro hiperglicêmico que, se não tratado, resultará em complicações cardiovasculares, nefropatia, neuropatia e retinopatia.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso de uma paciente com DM2 diagnosticada e tratada há 9 anos, sem resposta efetiva ao tratamento farmacológico com anti-hiperglicemiantes orais com agravamento de sua saúde necessitando de insulinoterapia e demonstrar a importância do atendimento interdisciplinar à paciente, pelos cursos de Farmácia e Medicina da Universidade Católica de Brasília, no intuito de reavaliar sua prescrição e acompanhar sua adesão farmacoterapêutica com vistas à recuperação e promoção de sua qualidade de vida em saúde.

Palavras-chave: Anti-hiperglicemiantes orais. Insulina. Geriatria. Equipe interdisciplinar.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um relato de caso clínico da paciente W.P.S., 67 anos, com DM2 diagnosticada há 9 anos, em tratamento com anti-hiperglicemiantes orais com patologia base não controlada e com queixas decorrentes de crises hiperglicêmicas constantes, sendo encaminhada pelo Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) à Farmácia Universitária da Universidade Católica de Brasília. Atendida pelos estudantes do Estágio I (Atenção Farmacêutica e Farmácia Clínica) supervisionado pela professora farmacêutica em parceria com os estudantes do Internato de Saúde Comunitária supervisionados pela professora médica.

A paciente foi acompanhada durante o período de 18 de agosto a 20 de setembro de 2017, verificando sempre em atendimento se houveram novas queixas e mensurando a dosagem de glicemia ocasional capilar. Realizando, ao final deste período, as orientações para mudança dos hábitos de vida e autocuidado em saúde. Paciente estabilizou após a atualização e correção da terapêutica medicamentosa para tratamento da DM2, comorbidade esta que se encontrava descompensada.

Este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Católica de Brasília, CAAE: 78169517.1.0000.0029, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para acesso às informações constantes nos prontuários das consultas médicas e farmacêuticas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

W.P.S. 67 anos, viúva, procedente de Minas Gerais, residente no Distrito Federal há 42 anos, auxiliar de limpeza, chega à Farmácia Universitária com queixa de dores articulares,

polidipsia e noctúria. Relata diagnóstico de fibromialgia, esteatose hepática, hipertensão arterial, *Diabetes mellitus* tipo 2. Nega tabagismo e etilismo.

Refere uso das medicações contidas na tabela 1.

Tabela 1: Medicações em uso por W.P.S. em 18/08/2017

Medicação	Dosagem	Posologia	Indicação
Enalapril	20mg	2cp/dia (1-0-1)	HAS*
Metformina	500mg	2cp/dia (0-1-1)	DM II**
Gliclazida	60mg	1cp/dia (1-0-0)	DM II**
Sinvastatina	20mg	1cp/dia (0-0-1)	Dislipidemia
Ciclobenzaprina	10mg	SOS	Fibromialgia

HAS* Hipertensão Arterial Sistêmica / DM II** *Diabetes mellitus* tipo 2

O exame clínico não constatou alterações nos aparelhos cardiovascular e respiratório, abdômen normal à palpação. Pressão Arterial (PA) de 130x80mmHg e edema em membros inferiores de 1+/4+. Solicitou-se exames bioquímicos.

Ao retorno, paciente relata melhora das dores articulares após aplicação intramuscular de betametasona e dipirona (em emergência hospitalar) e nega novas queixas. Refere uso adequado das medicações de uso contínuo. Realizou-se a glicemia ocasional capilar, tendo o resultado de 437mg/dl, muito acima do valor referencial máximo de 200mg/dL. A conduta, mesmo na ausência dos resultados dos exames bioquímicos, foi de otimizar os anti-hiperglicemiantes orais, conforme tabela 2 e encaminhamento da paciente para tratamento de crise hiperglicêmica, no hospital mais próximo.

Tabela 2: Medicações em uso por W.P.S. em 01/09/2017

Medicação	Dosagem	Posologia	Indicação
Enalapril	20mg	2cp/dia (1-0-1)	HAS
Metformina	500mg	4cp/dia (1-1-2)	DM II
Gliclazida	60mg	2cp/dia (2-0-0)	DM II

Tabela 2: Medicações em uso por W.P.S. em 01/09/2017

Medicação	Dosagem	Posologia	Indicação
Sinvastatina	20mg	1cp/dia (0-0-1)	Dislipidemia
Ciclobenzaprina	10mg	SOS	Fibromialgia

Paciente retorna à Farmácia Universitária com resultado de exames bioquímicos, sem novas queixas. Refere, ainda, melhora na alimentação. Apesar da conduta de otimização dos anti-hiperglicemiantes, realizada na última consulta, e da conscientização quanto à alimentação, a glicemia ocasional capilar realizada resultou em 398mg/dl. Os resultados relevantes da bioquímica seguem na tabela 3.

Tabela 3: Resultados de exames relevantes de W.P.S. em 18/08/2017

Paramêtro	Resultado	Valor de Referência
Colesterol total	285mg/dL	<190 mg/dL
Triglicerídeos	109mg/dL	Com Jejum: <150mg/dL Sem Jejum: <175mg/dL
HDL	79mg/dL	>40mg/dL
LDL	182mg/dL	<100mg/dL
Não HDL	206mg/dL	<130mg/dL
Glicose em jejum	344mg/dL	70 - 99mg/dL
HbA1c	10,20%	4% - 6%
Glicemia média estimada	246mg/dL	68 - 126mg/dL
Creatinina	1,23mg/dL	<1,1mg/dL
eTFG	45mL/min	≥90mL/min

Tabela 3: Resultados de exames relevantes de W.P.S. em 18/08/2017

Parâmetro	Resultado	Valor de Referência
EAS		
Leucócitos	7,1 células/campo	2 - 5 células por campo
Glicose	1000mg/dL	<110mg/dL

Com os resultados dos exames foi possível observar um decréscimo significativo na função renal, por este motivo, a conduta foi de suspender a metformina. Devido aos altos valores de glicemia em jejum, somado ao histórico supracitado de glicemias ocasionais capilares e o valor de hemoglobina glicada associado ao estimado de glicemia média, foi sugerida a alteração da terapia com anti-hiperglicemiantes para a insulino terapia. A introdução à insulina preconiza a retirada da gliclazida devido ao risco de hipoglicemia nesta associação. A posologia e medicação final da paciente segue na tabela 4.

Tabela 4: Medicações em uso por W.P.S. em 20/09/2017

Medicação	Dosagem	Posologia	Indicação
Enalapril	20mg	2cp/dia (1-0-1)	HAS
Insulina NPH	-	25 UI pela manhã 10 UI de noite	DM II
Sinvastatina	20mg	1cp/dia (0-0-1)	Dislipidemia
Ciclobenzaprina	10mg	SOS	Fibromialgia

Paciente retorna 1 semana após a última alteração de prescrição não relatando queixas, demonstra bom estado geral, acianótica, afebril, anictérica e bem disposta. Alega sentir mais energia e autonomia. Glicemia pós-prandial capilar apresentou resultado de 180mg/dL. Apesar de estar dentro da normalidade, reforçou-se a importância da alimentação adequada, a melhora dos hábitos de vida, além de explicações quanto à aplicação da insulina e seu armazenamento.

A Hipertensão Arterial Sistêmica da paciente manteve-se estável durante todas as consultas e medições na Farmácia Universitária, por este motivo a monoterapia com o enalapril foi mantida, além deste ser um fármaco seguro e sem interações com as demais comorbidades da paciente.

Ainda será necessário o acompanhamento da dislipidemia, uma vez que a paciente encontra-se em monoterapia com baixas doses de sinvastatina.

Na descrição do histórico da paciente é possível observar que esta vinha desenvolvendo maus hábitos alimentares, associados a uma má adesão ao tratamento de *Diabetes mellitus* tipo 2 em etapa de tratamento 1, o que levou ao agravamento fisiopatológico da doença crônica. Pelos exames biológicos e anamnese concluiu-se que já estava se instalando um quadro de nefropatia diabética. Ao final foi possível concluir que a DM2 se desenvolveu para o estágio de tratamento 3 da patologia, sendo necessária a insulinoterapia. A metformina seria um fármaco de bom suporte à terapia, porém a insuficiência renal aguda incapacita o uso desta medicação.

CONCLUSÕES

Ao final das consultas da paciente foi possível observar a melhora da sua qualidade de vida e o começo de um auto cuidado em saúde. Sempre lembrando que todas as comorbidades tratam-se de doenças crônicas, sem cura, mas com tratamento bem elucidado na literatura.

Esta colaboradora institucional continuará em acompanhamento na Farmácia Universitária para monitoramento da dose de insulina objetivando manter os níveis de glicemia dentro da normalidade, assim como para acompanhar sua taxas lipídicas, funções hepática e renal, e as demais comorbidades.

Um paciente diabético precisa de um monitoramento constante e mais efetivo para conscientização de sua doença e diminuição dos desfechos negativos, bem como da mortalidade decorrente das complicações do *Diabetes mellitus*.

Concluiu-se que o atendimento médico-farmacêutico foi positivo por expandir o conjunto de ações profissionais voltadas para a qualidade de vida da paciente por intermédio de uma melhor avaliação diagnóstica e a garantia de orientações relevantes quanto à utilização, acesso e adesão à farmacoterapia. O profissional farmacêutico é responsável, nesse íterim, por garantir que o paciente cumpra os esquemas terapêuticos e siga o plano de cuidado de forma a alcançar resultados positivos. A equipe interdisciplinar ao discutir e propor ações consegue desenvolver um trabalho assistencial de qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CARVALHEIRA, J.B.C.; ZECCHIN, H.G.; SAAD, M.J.A.. Vias de Sinalização da Insulina. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo , v. 46, n. 4, p. 419-425, Aug. 2002 .
- HOWLAND, R.D.; MYCEK, M.J. **Farmacologia ilustrada**. 3º ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2013.
- MILECH A.[et. al.]. **DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES** (2015-2016) / organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.
- MOTTA, V.T. **Bioquímica clínica para o laboratório: Princípios e interpretações**. 4. ed. São Paulo: Robe Editorial, 2009.
- SATURNO, R.S. [et.al.]. ESTUDO DE CASO: SERVIÇO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA AO IDOSO COM DIABETES TIPO II. **Mostra Científica da Farmácia**, vol 10, Quixadá. Anais: Centro Universitário Católica de Quixadá, 2016.

CANTINAS ESCOLARES: COMO ESTÁ A ADEQUAÇÃO NA OFERTA DE ALIMENTOS NO DISTRITO FEDERAL?

Aline Rodrigues Camargo, Universidade Católica de Brasília (aline.nutricao.arc@gmail.com);

Cristine Savi Fontanive, Universidade Católica de Brasília (cristinesavi@gmail.com);

Iama Marta de Araújo Soares, Universidade Católica de Brasília (iamasoaresh@yahoo.com.br);

Marcus Vinícius Vascomcelos Cerqueira, Universidade Católica de Brasília

(marcusc@ucb.br).

Palavras-chave: Alimentação escolar. Lei das cantinas. Alimentação saudável.

INTRODUÇÃO

A importância da Nutrição e Alimentação para o desenvolvimento das crianças e adolescentes é indiscutível. Para garantir o acesso a essa prática é necessário que a família dissemine e cultive hábitos alimentares saudáveis desde à infância. No entanto, sabe-se que as crianças e os adolescentes não passam o dia inteiro sob os cuidados da família, assim a escola entra como espaço privilegiado na formação do saber e da cultura para a vida adulta. Os pais e as escolas devem trabalhar conjuntamente a fim de que crianças e adolescentes sejam devidamente direcionados para a cultura da alimentação saudável. Sabendo que a escola tem tamanha importância, o governo também assume uma parcela importante nesse processo de formação de hábitos alimentares, promovendo leis e as fiscalizando (Dallazen, 2012; Bordinhão, 2014).

Pesquisas mostram que a qualidade da alimentação das crianças e dos adolescentes é composta por excesso de alimentos processados e ultraprocessados, com quantidades exageradas de carboidratos simples e gorduras saturadas, contribuindo para o desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como hipertensão, diabetes, obesidade, cardiopatias, entre outras (Willhwl, 2010; Brasil, 2015).

O processo de formação de hábitos saudáveis inicia-se no âmbito familiar, com o incentivo de práticas saudáveis e a limitação de atitudes prejudiciais à correta alimentação, como não permitindo que a criança adquira alimentos inadequados fora do ambiente escolar e faça uso dentro da escola e avaliando e organizando os horários das refeições e auxiliando nas escolhas alimentares (Simon, 2009; Silva, 2016).

Além do possível desenvolvimento de DCNTs, uma alimentação inadequada influenciará negativamente no aprendizado e deixará a criança com indisposição para as atividades intelectuais e esportivas. Uma refeição correta, com alimentos naturais, rica em nutrientes, sem excessos de gorduras e açúcares deve ser prioridade quando se espera que a formação intelectual seja efetiva (Simon, 2009; Enes, et al., 2012).

A alimentação saudável deve ser adequada, harmônica, com qualidade e quantidade suficientes para suprir as necessidades diárias, de preferência com alimentos *in natura* ou semiprocessados, aliado ao consumo mínimo de 3 porções de frutas por dia, sendo que o lanche escolar deve corresponder a aproximadamente 20% da necessidade diária. É importante dispor de local e horário adequados para a realização das refeições (Manual... 2012).

A escola é capaz de criar hábitos e formar opiniões, por isso deve desenvolver projetos de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) como palestras, teatros, materiais educativos, desenvolvimento de diálogos e estratégias para informações sobre os riscos alimentares em relação ao alto consumo de açúcares, gorduras e sal. Incentivar e valorizar a refeição que é realizada na escola, disponibilizando alimentos adequados nutricionalmente, tanto no ambiente escolar – sendo essa responsabilidade da escola – quanto na montagem das lancheiras – obrigação da família (Ribas, 2012; Brasil, 2014; Brasil, 2015).

No ano de 2013, o governo do DF sancionou a Lei nº 5.146, com regras para a alimentação saudável nas escolas de ensino fundamental e médio da rede privada. Essa lei estabelece que as cantinas não comercializem balas, pirulitos, gomas de mascar, biscoitos recheados, refrigerantes, sucos industrializados, salgadinhos industrializados, frituras em geral, pipocas industrializadas, bebidas alcoólicas, alimentos com percentual de gordura saturada maior que 10% das calorias totais e não faça exposição de propagandas publicitárias sobre alimentação não saudável. As cantinas devem oferecer diariamente frutas *in natura* ou em forma de suco com ou sem adição de açúcar. Fica autorizada a comercialização de hortaliças, bebidas lácteas, iogurtes, vitaminas de frutas naturais, sanduíches naturais sem maionese, pães integrais, bolos preparados com frutas, tubérculos, cereais ou legumes, tortas e salgados assados, biscoitos integrais, barras de cereais sem chocolate. E ainda enfatiza que é proibido o comércio de ambulantes no raio de 50 metros do acesso à escola (Simon, 2009; Franz, 2010 Distrito Federal, Lei nº 5.146, 2013).

A importância desse estudo se dá através da necessidade do desenvolvimento de hábitos saudáveis em nossa população, já que os índices de doenças associadas à alimentação vêm aumentando a cada ano. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, cerca de um terço da população entre cinco e nove anos estão acima do peso ideal (Brasil, 2009). Este estudo tem

como objetivo avaliar cantinas escolares de instituições de ensino particular do Distrito Federal, verificando se estão cumpridos a Lei nº 5.146, de 19 de agosto de 2013, e o Decreto nº 36.900, de 23 de novembro de 2015.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa observacional em instituições particulares de ensino fundamental e médio do Distrito Federal - Brasília. Em fase preliminar foi realizada uma revisão da literatura no contexto estudado nos últimos oito anos (2009- 2017). Trata-se de uma observação em relação ao cumprimento da Lei nº 5.146/2013, em cantinas de instituições educacionais privadas. Neste trabalho foram contemplados a educação infantil, ensino fundamental e médio do Distrito Federal.

O método utilizado para a obtenção dos dados deu-se por meio de *check-list* elaborado pela pesquisadora. Esse instrumento foi submetido ao estudo piloto, e modificações não foram necessárias. De acordo com as exigências da lei, foram avaliados os seguintes critérios: a) se há ambulantes nas proximidades das escolas; b) se há nutricionista na instituição; e c) se ocorre venda de balas, pirulitos, gomas de mascar, biscoitos recheados, refrigerantes, sucos industrializados, salgadinhos industrializados, frituras em geral, pipocas industrializadas, bebidas alcoólicas, frutas *in natura*, sucos de fruta, bebidas lácteas, iogurtes, vitaminas de frutas naturais, sanduíches naturais sem maionese, pães integrais, bolos preparados com frutas, tubérculos, cereais ou legumes, tortas e salgados assados, barras de cereais sem chocolate, entre outros.

Todas as instituições por intermédio de seus responsáveis, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido onde foi explicado a natureza científica da entrada, a finalidade meramente acadêmica, para a realização do trabalho de conclusão de curso, assegurando o sigilo quanto a identidade das instituições.

A coleta de dados foi efetuada no decorrer de duas semanas, no mês de abril no turno vespertino, durante as aulas e o horário do lanche. A pesquisadora foi acompanhada e auxiliada por um responsável pela lanchonete. [As escolas selecionadas foram escolas particulares, com cantina e que administre educação infantil, ensino fundamental e médio.]

A tabulação dos dados ocorreu após a aplicação dos instrumentos, utilizando o programa Libre Office.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram visitadas quarenta e cinco (45) cantinas de instituições privadas do Distrito Federal, 22,22% (n=10) não permitiram a realização da pesquisa e em 26,66% (n=12) não foi possível entrar em contato com o responsável pela cantina, deste total 51,11% (n=23) permitiram, as quais efetivamente foram inseridas na pesquisa.

Cada indivíduo tem suas particularidades e alguns sofrem com restrições alimentares devido às doenças que agravam-se com determinados alimentos, de acordo com a oferta de alimentos sem glúten, foi possível verificar que 30,43% (n=7) das cantinas oferecem esse produto diferenciado. A doença celíaca é causada por uma intolerância ao glúten dietético sendo esse glúten proveniente do trigo, cevada, centeio, aveia e do malte. A retirada do glúten da dieta é o único tratamento para a doença. Estudos indicam que pessoas portadoras da doença e que continuam fazendo o uso desses produtos apresentam maior risco de desenvolver outras doenças. Sendo assim é necessário que todos os estabelecimentos que atendem escolas precisam disponibilizar opções para esta condição específica (Reis, 2011), o que não foi observado nesta pesquisa. A porcentagem de cantinas que oferecem esse tipo de alimento ainda é pequena.

Verificou-se que 56,52% (n=13) das cantinas oferecem produtos sem lactose. O cardápio dos alunos com intolerância deve ser diferente dos demais, substituindo produtos com lactose por produtos isentos (Manual... 2012; Mattar. R et al, 2013). Mais da metade das cantinas apresenta resultado satisfatório, porém ainda distante do desejado.

Quanto à venda de produtos integrais, 60,86% (n=14) cantinas informaram vender produtos integrais, sendo estes ricos em fibras. Percebe-se que ainda existe a necessidade de uma maior conscientização para que todos os estabelecimentos forneçam este tipo de alimento.

Foi possível verificar que 91,30% (n=21) das cantinas apresentam bebedouro nas proximidades da cantina, apresentando um resultado satisfatório, porém podendo melhorar.

Conforme a legislação vigente, não é permitido a comercialização de produtos num raio de 50 metros dos portões das escolas. No entanto, 39,13 (n=9) das escolas possui ambulante, padaria, bar ou restaurante em suas proximidades.

De 23 escolas visitadas, 73,91% (n=17) das cantinas informaram que possuem nutricionista, no entanto, apenas três nutricionistas estavam no local durante a pesquisa. A resolução CFN n465/2010 e Lei Nº 11.947, de 16 de junho de 2009 confere ao nutricionista a reponsabilidade de atuar nas escolas.

Em relação às propagandas, foi possível verificar que nenhuma escola possui material visual conforme a lei sobre alimentação, refeição balanceada, hábitos e estilos de vida saudáveis, preparo, consumo e importância de frutas e hortaliças, fome, segurança alimentar e agrotóxicos. A propaganda é uma fonte de informação e ela pode ser boa ou ruim, geralmente os produtos são ultraprocessados, com alta quantidade de gordura, açúcar e sódio. Esses produtos são geralmente de fácil acesso, sem que tenha necessidade de um preparo, é só abrir e consumir (Monteiro, 2009; Scotti, 2011). O resultado encontrado é insatisfatório já que se utiliza das propagandas para a venda de produtos não saudáveis e se obtêm sucesso.

A tabela 4 trata dos itens não conformes com a lei e estes estão listados e separados em dois grupos, sendo o primeiro a lista de itens de venda proibida encontrado nas cantinas e a segunda parte da tabela lista itens não comercializados que deveriam ser comercializados pra estar de acordo com a lei das cantinas.

Tabela 4 – Itens em não conformidade com a lei

Itens	Não conformidades	
	Nº	%
Balas	4	17,39
Pirulito	2	8,69
Goma de mascar	4	17,39
Biscoito recheado	9	39,13
Refrigerante	2	8,69
Suco artificial	1	4,34
Fritura	1	4,34
Pipoca industrializada	13	56,52
Bebida Alcoólica	0	0
Chocolate	6	26,90
Algodão doce	0	0
Bebida achocolatada	11	47,83
Biscoito salgado	7	30,43
Salgadinho industrializado	7	30,43
Não comercializam	Nº	%
Fruta in natura	3	13,04
Suco de fruta	0	0
Sachê de açúcar	16	69,57

Fonte: Dados do pesquisador

A lei n 5.146 estabelece que as cantinas ofereçam frutas *in natura*, inteiras, em pedaços ou na forma de suco diariamente, segundo o estudo 100% (n=23) cantinas comercializam suco de fruta diariamente e 86,96 (n=20) cantinas comercializam frutas *in natura*. De acordo com o adaptado Philippi, et al (2012), a recomendação de frutas é 4 porções para crianças de 1-3 anos, 3 porções em idade de pré-escola e 5 porções para adolescentes. Quanto a venda de sucos obteve-se um resultado positivo, porém quanto a venda de frutas o resultado encontrado ainda está abaixo do esperado.

O alto consumo de bebidas açucaradas pode causar excesso de peso e diabetes tipo 2. Segundo os dados coletados 47,83% (n=11) cantinas comercializam bebidas achocolatadas, 8,69% (n=2) comercializam refrigerante e 4,34% (n=1) comercializa suco artificial, Conforme estudo realizado com 567 estudantes, verificou-se que 57,2% consomem refrigerante diariamente (Tomaz/2014), reforçando a ideia de que não deve-se oferecer este tipo de produto alimentício em ambiente escolar, pois os estudantes têm a possibilidade de optar e a preferência pelas bebidas açucaradas é marcante.

Um estudo com 782 estudantes do primeiro ano do ensino fundamental aponta que antes dos 12 meses de idade, 90,8% já haviam consumido iogurte, 56,7% refrigerante, 49,3% café e salgadinho ultraprocessados (Melo, 2013). Os resultados encontrados nesta pesquisa mostram que 30,43 (n=7) cantinas comercializam salgadinhos industrializados, sendo um fator extremamente negativo, pois conclui-se que se as crianças conhecem estes produtos e estes são oferecidos nas escolas existe uma maior possibilidade de consumo.

O alto consumo de produtos industrializados aumenta o risco de doenças. Melo (2013) constatou em sua pesquisa, realizada com 784 adolescentes, que a média do consumo energético foi de 3.039,8kcal, sendo que 1.496,5kcal/dia é de origem dos ultraprocessados. (Freitas e Ramos, 2017). Nos dados coletados foi possível analisar que 17,39% (n=4) cantinas vendem balas, 8,69% (n=2) vendem pirulito, 17,39%(n=4) vendem goma de mascar, 26,9% (n=6) vendem chocolate, 39,16% (n=9) vendem biscoito recheado e 56,57% (n=13) vendem pipoca industrializada. Todos estes são produtos proibidos pela lei e com altas quantidades de açúcares e gorduras. Fator ruim, já que o consumo de ultraprocessados deve ser mínimo, principalmente com altas concentrações de açúcar.

O resultado encontrado mostra que 69,57% (n=16) cantinas comercializam as bebidas já adoçadas, as crianças e adolescentes não possuem a opção de escolher as bebidas não adoçadas. Um fator ruim, pois a maioria das crianças e adolescentes possui um paladar doce (Manual, 2012; Farajardo, 2013).

Com base nos resultados obtidos o cumprimento da Lei das cantinas apresenta resultados insatisfatórios, produtos não permitidos ainda são comercializados, as crianças e adolescentes possuem uma alimentação inadequada e não compreendem a necessidade da mudança de hábitos. Por isso os pais e as instituições devem incentivar essa mudança.

CONCLUSÃO

Diante dos dados coletados neste estudo conclui-se que as cantinas não cumprem a lei em sua totalidade. Verifica-se que a maioria das instituições utiliza-se da terceirização das lanchonetes e restaurantes para fornecimento das refeições, podendo ser um fator negativo no controle da qualidade das refeições, caso não seja bem administrado.

A comercialização de produtos industrializados, ricos em gorduras e açúcares ainda é demasiadamente presente nas escolas e a propaganda sobre alimentação saudável não está sendo contemplada nas instituições pesquisadas, fato este que prejudica a disseminação e estímulo aos hábitos alimentares saudáveis.

É necessário que ocorra uma melhor fiscalização por parte do governo nas cantinas, assim como uma conscientização da importância da alimentação saudável por parte dos dirigentes das escolas e proprietários dos estabelecimentos.

Os pais também devem incentivar as crianças e adolescentes ao consumo alimentar adequado, cobrar das escolas que comercializem produtos a fim de favorecer o consumo de alimentos adequados.

Mais estudos devem ser realizados com o intuito de verificar o cumprimento das normas adequadas para o consumo alimentar de crianças e adolescentes, pois a existência da lei não significa que será cumprida.

Referências Bibliográficas

- BORDINHÃO, Ana Carolina. **Alimentação escolar como proposta saudável: A** performatividade dos profissionais frente à realidade escolar em Florianópolis, SC, 2014. Repositório institucional-UFSC. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/131122>
- BLAMIREs, Erika. **Perfil das cantinas escolares do Distrito Federal**, Brasília, 2011. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/10036>

BRASIL. **Estratégia Inter setorial de prevenção e controle da obesidade.** Ministério desenvolvimento social e combate à fome, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/aline/Downloads/manual_obesidade (2).pdf>. Acesso em: abril 2017.

BRASIL. **Lei federal nº 11.947**, de 16 de junho de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do programa dinheiro direto na escola aos alunos da educação básica; altera as Leis nos 10.880, de 9 de junho de 2004, 11.273, de 6 de fevereiro de 2006, 11.507, de 20 de julho de 2007; revoga dispositivos da Medida Provisória no 2.178-36, de 24 de agosto de 2001, e a Lei no 8.913, de 12 de julho de 1994; e dá outras providências

BRASIL. **Resolução nº CFN nº 465/2010.** Dispõe sobre as atribuições do nutricionista, estabelece parâmetros numéricos mínimos de referência no âmbito do programa de alimentação escolar (PNAE) e dá outras providências.

BRASIL. **Resolução nº 26, DE 17 DE JUNHO DE 2013.** Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE.

BRASIL. **RESOLUÇÃO nº 380/2005.** Dispõe a definição das áreas de atuação do Nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências.

BRASIL. **Cartilha nacional de alimentação escolar. PNAE.** 2015. Disponível em: <<http://www.fn-de.gov.br/programas/alimentacao-escolar/alimentacao-escolar-material-de-divulgacao/alimentacao-manuais/item/6820-cartilha-pnae-2015>>. Acesso em: abril 2017.

DALLAZEN, Camila. **Percepção de pais de escolares sobre o comportamento de seus filhos como influenciadores das compras familiares de alimentos.** Florianópolis, 2012. Disponível em: <http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/96341>

DISTRITO FEDERAL. **Decreto nº 36900, de 23/11/2015.** Regulamenta a Lei nº 5.146, de 19 de agosto de 2013, que estabelece diretrizes para a promoção de alimentação adequada e saudável nas escolas da rede de ensino do Distrito Federal.

DISTRITO FEDERAL. **Lei nº 3.695, de 8 de novembro de 2005.** Dispõe sobre a promoção da alimentação saudável nas escolas da rede de ensino do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal. 25 novembro 2005.

DISTRITO FEDERAL. **Lei nº 5.146 de 19 de Agosto de 2013.** Estabelece diretrizes para a promoção da alimentação saudável nas escolas da rede

- FAJARDO, V. C. **Consumo alimentar e fatores de risco para doenças cardiovasculares em trabalhadores em turno alternantes**, Minas Gerais. 2013. 160 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Nutrição) - Escola de Nutrição, Universidade Federal de Ouro Preto, 2013. Disponível em: <http://www.repositorio.ufop.br/handle/123456789/4107>
- FREITAS, Helen; RAMOS, Vanessa. Consumo energético proveniente de alimentos ultraprocessados por adolescentes. **Rev. paul. Pediatria**. Vol.35 no.1 São Paulo jan./mar. 2017
- FRANZ, Fernanda; RUIZ, Eliziane; OLIVEIRA, Ana Beatriz. Cantina escolar: Qualidade nutricional e adequação à legislação vigente. **Revista HCPA**, 2010.
- BRASIL, **Guia Alimentar para a População Brasileira**. 2014. Disponível em: <<http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/05/Guia-Alimentar-para-a-pop-brasileira-Miolo-PDF-Internet.pdf>>.
- BRASIL, IBGE. **Pesquisa de orçamentos familiares**; 2008,2009. IBGE, Ministério da saúde. 2008-2009. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45419.pdf>>.
- Manual, Orientação sobre a alimentação escolar para pessoas com Diabetes, Hipertensão, Doença Celíaca, Fenilcetonúria e Intolerância à Lactose**. 2. ed. 2012. Brasília. Disponível em: <[file:///C:/Users/aline/Downloads/Manual%2B3 \(1\).pdf](file:///C:/Users/aline/Downloads/Manual%2B3%20(1).pdf)>.
- Manual de Orientação para alimentação escolar na educação infantil, ensino fundamental, ensino médio e na educação de jovens e adultos**. 2. ed. 2012. Brasília.
- Manual de orientação do departamento de nutrologia: alimentação do lactente ao adolescente, alimentação na escola, alimentação saudável e vínculo mãe-filho, alimentação saudável e prevenção de doenças, segurança alimentar** - Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012.
- MATTAR R et al. comparison of quick lactose intolerance test in duodenal biopsies of dyspeptic patients with single nucleotide polymorphism lct-13910c>t associated with primary hypolactasia/lactase-persistence. **Acta Cirúrgica Brasileira** - Vol. 28 (supl. 1) 2013.
- MELO, Priscila. Salão de Iniciação Científica. Introdução **precoce de alimentos industrializados em escolares do 1º ano do ensino fundamental da rede municipal de São Leopoldo, RS, UFRGS, Porto Alegre**,2013. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/92317>
- MONTEIRO, Carlos; RUGANI, Inês. Por que é necessário regulamentar a publicidade de alimentos. **Cienc. Cult.** vol.61 no.4 São Paulo, 2009
- PHILIPPI ST et al., 1999 e Guia alimentar para crianças menores de 2 anos, Ministério da Saúde, 2005. **Manual Alimentação** - Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012
- REIPS, DARIANE. **Doença celíaca: Aspectos clínicos e nutricionais**. Ijuí, RS 2011.

RIBAS, Fernanda. **Avaliação da qualidade nutricional dos alimentos oferecidos em cantinas das escolas particulares do Distrito Federal, Brasília. 2012.** Disponível em: <http://hdl.handle.net/235/7264>.

SARMENTO, Fernanda; RODRIGUES, Ticiana. Fibra alimentar – Ingestão adequada e efeitos sobre a saúde do metabolismo. **Arq. Bras. Endocrinologia Metab.** 2013.

SCOTTI, Vera. **A importância da alimentação saudável na infância.** Cidade Gaúcha, 2011. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1884/35462>

SILVA, Shirley. **Percepções sobre barreiras e facilitadores para a implementação da lei de regulamentação das cantinas escolares no Distrito Federal sob a ótica de estudantes adolescentes. Brasília, 2016.** Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/20015>

SIMON, Letícia. **Escolas públicas estaduais do município de Guarapuava - PR e o cumprimento da lei das cantinas. 2009.** Disponível em: [http://www.unicentro.br/graduacao/denut/documentos/tcc/2009/TCC%2019-2009%20\(LET%C3%8DCIA%20SIMON\).pdf](http://www.unicentro.br/graduacao/denut/documentos/tcc/2009/TCC%2019-2009%20(LET%C3%8DCIA%20SIMON).pdf)

SIQUEIRA, Leila Aparecida. **Água fonte de vida. 2011. 54 f. Teses (Doutorado) - Curso de Ensino de Ciências, Utfpr, Medianeira, 2011.**

TOMAZ, Marcilene; APARECIDA, Andréia; LOURDES, Larissa. Consumo de refrigerantes e fatores relacionados aos hábitos alimentares de crianças e adolescentes de escolas municipais da região nordeste de juiz de fora. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 40, n. 3 e 4, p. 189-194, jul./dez. 2014

WILLHWLM, Fernanda Franz; RUIZ, Eliziane; OLIVEIRA, Ana. Cantina escolas: Qualidade nutricional e adequação a legislação vigente. **Rev HCPA** 2010.

COLETA DE PAPANICOLAU: COMPARAÇÃO DE DADOS ENTRE BRASIL E DISTRITO FEDERAL

Laís Ribeiro Vieira, Universidade Católica de Brasília, lais_ribeiro20@hotmail.com

Natália Cruz Camacho, Universidade Católica de Brasília, natcamachomeducb@gmail.com

Demétrio Gonçalves da Silva Gomes, Universidade Católica de Brasília,
demetriogoncalves@gmail.com

Lucas Nunes Menezes Regis Serafim, Universidade Católica de Brasília, lnmrs@hotmail.com

Mariana Mendes Pacheco de Freitas, Universidade Católica de Brasília,
mariana.mpf02@hotmail.com

Introdução:

O Brasil é marcado por taxas de incidência e de mortalidade decorrentes do câncer de colo de útero consideradas altas quando comparadas a países que dispõem de forte estrutura de detecção precoce dessa patologia. Esses marcadores são mutáveis, principalmente devido ao seu alto potencial de cura e prevenção. Nesse contexto, nota-se a importância do fortalecimento da atenção básica voltada tanto para rastreamento em pessoas saudáveis quanto à captação de pacientes já sintomáticos para diagnóstico da doença (INCA, 2010). Dessa forma, a atenção Básica de Saúde, responsável por um cuidado integral à população, deve acompanhar a mulher desde o exame e consulta de rotina até a realização de todos os cuidados necessários para resultados positivos ou suspeitas de neoplasias, objetivando-se a confirmação do diagnóstico, as condutas do tratamento subsequente e a compreensão acerca de sua doença. A partir dessas medidas, procura-se aumentar as chances de adesão ao tratamento, logo, melhorar o prognóstico (MS, 2013).

O exame Papanicolau ou exame citopatológico de células do colo uterino periódico se configura como o principal instrumento de prevenção do câncer de colo de útero (INCA, 2002). Estudos demonstram que países com cobertura superior a 50% do exame citopatológico com periodicidade entre três a cinco anos apresentam menos de três óbitos a cada 100 mil mulheres por ano e, em países com cobertura maior que 70%, a mortalidade é igual ou menor a duas mortes a cada 100 mil mulheres por ano (INCA, 2016). Entretanto, no Brasil, é preconizado que as duas primeiras coletas devam ocorrer anualmente e, caso ambos os resultados forem negativos, os próximos devem ser realizados a cada três anos, e, a coleta deve ocorrer a partir dos 25 anos para mulheres que já tiveram atividade sexual e continuar até os 64 anos (AMARAL et al, 2008; INCA, 2010).

A finalidade da análise citopatológica cérvico-vaginal consiste na detecção de células neoplásicas ou anormais que podem ser precursoras do câncer no colo do útero. A amostra deve ser retirada da junção escamo-colunar (JEC), localizada entre a ectocérvice, recoberta por epitélio escamoso, e a endocérvice, recoberta por epitélio colunar, local com taxa de incidência de 90% de células neoplásicas. Em mulheres histerectomizadas, a coleta deve ocorrer do fundo do saco vaginal (MS, 2013). Além disso, a paciente deve ser orientada a realizar abstinência sexual nas 48 horas que precedem o exame e não utilizar cremes vaginais nesse período. Durante o procedimento, a paciente assume a posição de litotomia para visualização pelo espécuro. O material coletado é colocado em uma lâmina e mandado para o laboratório para análise (FILHO, 2011; MEHTA, 2009).

O exame, entretanto, enfrenta algumas limitações. Dentre elas encontram-se a falta de habilidade dos médicos e enfermeiros na coleta do material, os resultados falso-negativos, a exposição do material coletado a fatores ambientais que podem modificar a amostra e o conhecimento dos profissionais para análise correta do exame (MEHTA, 2009). Para que os profissionais saibam analisar o resultado do papanicolau, é essencial o conhecimento sobre as possíveis causas de sua alteração para adequado direcionamento das pacientes.

Materiais e Métodos:

O presente estudo, a fim de obter evidências sobre o tema, baseou-se em buscas de artigos publicados entre os anos 2002 e 2017, nas plataformas Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Instituto Nacional de Câncer (INCA), Public MEDLINE (PubMed), American Cancer Society (ACS) e Scielo. Em todas as plataformas foram utilizadas palavras-chave nas línguas inglesa e portuguesa sendo elas: “pap smear”, “papanicolau”, “câncer de colo de útero”, e “citopatologia” culminando com a seleção de 10 arquivos, os quais consistem em cartilhas governamentais, protocolos, revisões sistemáticas com texto completo disponível. Para o levantamento de dados epidemiológicos, foi utilizada a base de dados Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO), do Datasus, com foco em resultados referentes a índices nacionais e do Distrito Federal, no período entre janeiro de 2006 e outubro de 2015.

Resultados e Discussão:

No período entre janeiro de 2006 a outubro de 2015 foram coletados um total de 86.184.596 exames citopatológicos cérvico-vaginal e microflora no Brasil. Desse total, foram obtidos resultados normais em 13.161.560 exames. Com relação aos resultados fora do padrão de normalidade, a presença de epitélio metaplásico foi constatada em 18.956.833 exames; a lesão

intraepitelial de baixo grau estava presente em 739.041 exames em comparação com 227.393 exames com resultado de lesão intraepitelial de alto grau; 21.692 resultados mostraram lesões intraepiteliais com microinvasão; 17.060 resultados apontaram a presença de carcinoma epidermóide invasor; 4.131 de adenocarcinoma in situ; 6.237 de adenocarcinoma invasor. Outras neoplasias foram identificadas em 17.300 exames (BRASIL, 2017). Considerando que 23,17% das pacientes apresentaram anormalidade, constata-se a necessidade de fortificar o sistema básico de saúde para que essas pacientes tenham um atendimento multidisciplinar completo e um prognóstico promissor. Resultados referentes a quantidade de amostras insatisfatórias, no Brasil, decorrentes de lâminas danificadas corresponde a 34.170. No Distrito Federal (DF), esse índice é igual a 464. Tais dados correspondem a 0,040% do total de exames nacionalmente e 0,045% no Distrito Federal, mostrando que não há diferença significativa entre os dados dos dois locais (BRASIL, 2017).

No que tange ao DF, entre janeiro de 2006 a outubro de 2015 foram coletados um total de 1.015.893 exames citopatológico cérvico-vaginal e microflora, dentre os quais 247.847 se apresentaram dentro da normalidade. Alterações referentes a presença de epitélio metaplásico estiveram presentes em 107.372 exames. As lesões intraepiteliais de baixo grau corresponderam a um total de 14.028; em comparação com 5.157 exames que apontaram lesão intraepitelial de alto grau; 589 resultados de lesões intraepiteliais com microinvasão; 390 resultados de carcinoma epidermóide invasor; 251 de adenocarcinoma in situ e 120 de adenocarcinoma invasor. Outras neoplasias foram identificadas em 89 exames (BRASIL, 2017).

A correlação entre tais alterações e a faixa etária das mulheres examinadas demonstra que as lesões intraepiteliais de baixo grau (HPV e NIC I) prevaleceram no grupo de mulheres com idades entre 20 e 24 anos de idade, a lesão intraepitelial de alto grau atinge mais mulheres com idades entre 30 e 34 anos, o carcinoma epidermóide invasor e o adenocarcinoma invasor ocorrem com mais frequência em mulheres acima de 64 anos de idades, tanto nacionalmente quanto do DF. As lesões intraepiteliais com microinvasão são mais comuns em mulheres acima de 64 anos, no Brasil e em mulheres entre 40 e 44 anos de idade no DF. Os diagnósticos de adenocarcinoma in situ foram superiores em mulheres com idades entre 45 e 49 anos no Brasil e 35 e 39 anos no DF (BRASIL, 2017). Dessa forma, as diretrizes brasileiras que preconizam coleta anual dos 25 aos 64 anos conseguem abordar toda a população onde a neoplasia é mais prevalente, com exceção das lesões intraepiteliais com microinvasão quando se analisam as taxas brasileiras.

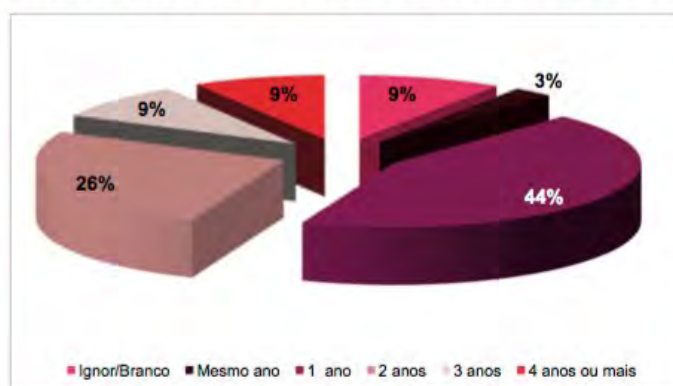
Nota-se, ainda, que a escolaridade das mulheres que realizaram o exame nesse período é desconhecida em 76% dos casos, em termos nacionais bem como em 89% dos exames realizados do DF. O restante dos dados, nos quais a escolaridade é conhecida, aponta que mulheres com ensino

superior completo correspondem a 0,8% dos exames realizados, enquanto, mulheres com ensino médio completo equivalem a 5,6%; ensino fundamental completo a 4,3% e ensino fundamental incompleto a 10,4%, na média nacional. No DF, esses indicadores apontam para uma taxa de 0,47% de mulheres com ensino superior completo, 3,4% de mulheres com ensino médio completo; 2,1% de mulheres com ensino fundamental completo e 4,1% de mulheres com ensino fundamental incompleto (BRASIL, 2017).

Em relação a microflora encontrada, observa-se, no Brasil e no DF, a prevalência de lactobacillus no intervalo entre 30 e 34 anos de idade. A maior incidência de candida sp ocorreu entre 25 a 29 anos. A presença de cocos foi maior em mulheres com 25 a 29 anos no Brasil e entre mulheres com idade entre 30 e 34 anos, no DF. Exames que indicaram trichomonas foram mais frequentes dentre 25 e 29 anos no Brasil e entre 30 a 34 anos, no DF. A infecção por chlamydia afetou mais mulheres com 50 a 54 anos de idade no Brasil e entre 40 e 44 anos no DF (BRASIL, 2017).

Uma pesquisa realizada pelo DATASUS, no ano de 2010, investigou o intervalo que as mulheres levaram entre um exame de papanicolau e outro. Constatou-se que 44% das mulheres tiveram intervalo de 1 ano entre as coletas, o que se mostrou positivo pois é o intervalo preconizado pelo Ministério da Saúde. Em segundo lugar, 26% das mulheres apresentaram, intervalo de 2 anos entre os exames (ver gráfico 1) (BRASIL, 2013).

Gráfico 1 – Distribuição percentual do intervalo da realização de citologia anterior



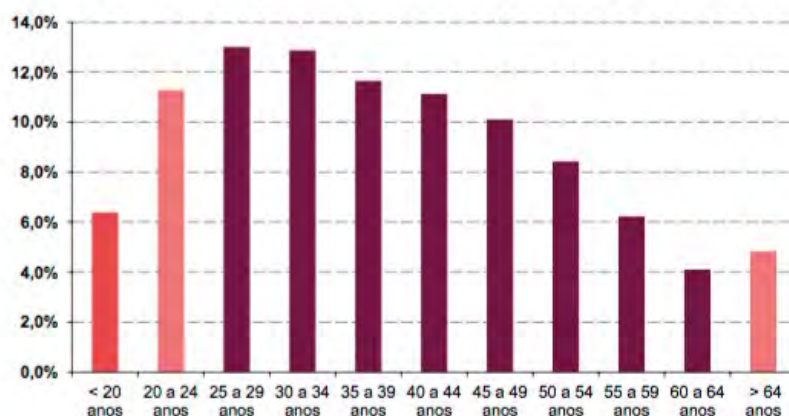
Fonte: Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (Siscolo)/DATASUS, 2010 (dados tabulados pelos autores).

¹ Até 2011, a faixa etária utilizada para o cálculo desse indicador foi 25 – 59 anos.

No mesmo estudo, foi analisada a distribuição de coleta dos exames citopatológicos de acordo com a faixa etária, já que é um fator de modificação da prevalência do câncer de colo de

útero. Constatou-se que a maior taxa de coleta ocorreu entre 25 e 29 anos, seguido por 30 a 34 anos, faixas etárias de idade fértil (ver gráfico 2) (BRASIL, 2013).

Gráfico 2 – Distribuição percentual dos exames citopatológicos, segundo a faixa etária



Fonte: Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (Siscolo)/DATASUS, 2010 (dados tabulados pelos autores).

Conclusão:

O exame citopatológico cérvico-vaginal e microflora tem a função de investigar a presença de alterações celulares tanto na porção endocervical quanto na ectocervical. Dessa forma, esse exame é primordial na detecção precoce do câncer de colo de útero, proporcionando melhor prognóstico às pacientes. Além disso, o papanicolau é igualmente útil na busca por patógenos como *Candida sp*, *Trichomonas vaginalis*, entre outros (TERRES et al, 2009).

Dessa forma, o exame citopatológico tem sido um dos instrumentos mais eficientes para a detecção de lesões precursoras, tendo em vista seu baixo custo e desempenho diagnóstico. Tal fato é de extrema relevância, pois, no Brasil, as taxas de prevalência e incidência ainda não apresentam declínio consistente, caracterizando um importante problema de Saúde Pública, o qual pode ser combatido com o fortalecimento da atenção básica de saúde (AMARAL et al, 2008).

A eficácia do método, no entanto, depende de sua realização adequada para que a amostra seja satisfatória para a análise. Além disso, a detecção e/ou sugestão da presença de alguns agentes patológicos, possibilita a adoção de um tratamento apropriado e do controle da propagação da infecção. Para que o exame alcance toda a sua efetividade, é essencial uma atenção básica estruturada que atenda a mulher desde a marcação das consultas até a análise de seus exames, e, caso necessário, seu encaminhamento para especialistas.

Por tudo isso, é fundamental a investigação acerca dos dados referentes a coleta de papanicolau, tanto a nível nacional quanto do DF, para que se reconheçam os desafios e suscitem a

reflexão sobre como superá-los, possibilitando reconhecer as necessidades de cada estado de acordo com o perfil de mulheres e da doença (INCA, 2016).

Referências:

AMARAL, Rita Goreti et al. Influência da adequabilidade da amostra sobre a detecção das lesões precursoras do câncer cervical. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 11, p. 556-560, nov. 2008.

BRASIL. Datasus. Ministério da Saúde. **Informações Estatísticas: Versão 4.0.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siscolo/ver4/DEF/Brasil/BRCCOLO4.def>>. Acesso em: 15 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

FILHO, Lindolfo de Almeida Freitas. **O exame papanicolau e o diagnóstico das lesões invasoras do colo do útero.** Recife, 2011.

INCA (Instituto Nacional De Câncer). Brasil. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.

INCA (Instituto Nacional De Câncer). Brasil. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero.** 2010. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/PROGRAMA_UTERO_internet.PDF>. Acesso em: 14 out. 2017.

INCA (Instituto Nacional De Câncer). **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: 2011.

INCA (Instituto Nacional De Câncer). Frequency for taking a pap smear test for cervic cancer control. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2002, 48(1): 13-15.

INCA (Instituto Nacional De Câncer). Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev). Falando sobre câncer do colo do útero. – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002.

MEHTA, Vandana et al. Pap smear. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, 2009; 75:214-6

TERRES, Adelar Ferreira et al. Análise dos resultados de exames preventivos e de rastreamento de câncer de colo do útero realizados em uma clínica ginecológica particular no município de Curitiba, PR. **Estud Biol**, Curitiba, p.103-109, dez. 2009.

COMPARAÇÃO DAS GESTANTES DA ZONA RURAL E URBANA NO DF: VACINAÇÃO E PRÉ-NATAL PRECOCE

Gabriella Piantino, Universidade Católica de Brasília, gabipiantino@gmail.com

Danielle Rabelo Gonzalez Veldman, Universidade Católica de Brasília,

daniellegonzalez@outlook.com

Marina Souza Rocha, Universidade Católica de Brasília, marinasouzarocha95@gmail.com

Pedro Henrique Ferreira Gonzatti, Universidade Católica de Brasília, ph.gonzatti@hotmail.com

Fábio Santana dos Passos, Universidade Católica de Brasília, fabiosago@gmail.com

Introdução:

A desigualdade social está entrelaçada com as desigualdades no âmbito da saúde, desde o acesso à qualidade do atendimento. No ano 2000, a ONU elaborou os oito objetivos de desenvolvimento em busca de diminuir a desigualdade social. Dentre os objetivos, o quinto destes estabelece a melhora da saúde materna, cujas metas incluem reduzir em três quartos a mortalidade materna e alcançar o acesso de todas as mulheres à saúde reprodutiva.

O acesso ao acompanhamento pré-natal de alta qualidade é fundamental para a detecção precoce e tratamento de possíveis intercorrências, reduzindo tanto o risco de morbimortalidade para a gestante quanto para o feto, promovendo uma gestação de menores riscos para ambos envolvidos. Esse risco diminui principalmente quando o acompanhamento ocorre desde o primeiro trimestre.

É notório que o acesso ao pré-natal precoce de qualidade e às vacinações não é igual para todas as gestantes, devido a muitos fatores, dentre eles, fatores sociais e demográficos. O objetivo deste trabalho é descrever as diferenças entre o acesso ao pré-natal precoce e vacinação das gestantes das áreas rural e urbana de Brasília por meio de dados disponibilizados pelo DATASUS, o departamento de informática do SUS.

Materiais e Métodos:

Foi realizado um estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo, baseado nos dados disponibilizados pelo DATASUS, de 2010 a 2015, a respeito das gestantes na zona rural e urbana de Brasília, quanto a vacinação e pré-natal do primeiro trimestre. Como referências, buscou-se artigos nas Bases de dados SCIELO, Google Acadêmico e PubMed utilizando as palavras-chaves “comparação das gestantes da zona rural e urbana”, “desigualdades em saúde”, “pré-natal” e

“vacinação no pré-natal”. Foi utilizado como filtros artigos a partir de 2012, estudos feitos em humanos e textos completos.

Resultados e Discussão:

Analisando-se a variável gestantes com pré-natal no primeiro trimestre em Brasília, é possível perceber que, em todos os anos, a porcentagem de gestantes da zona rural é menor em comparação com as gestantes da zona urbana (tabela 1). Nessa análise, deve-se levar em consideração que a população que reside em área rural em Brasília é menor que aquela que reside em área urbana, sendo assim, é de se esperar que o número de gestantes seja menor na área rural e, consequentemente, a porcentagem de gestantes no primeiro trimestre também seja menor.

Tabela 1 - Gestantes com pré-natal no 1º trimestre em Brasília

Ano	Urbana	Rural	Total
2010	98,98%	1,02%	17023
2011	98,95%	1,05%	20309
2012	99,69%	0,31%	21575
2013	99,77%	0,23%	30107
2014	99,83%	0,17%	32998
2015	99,79%	0,21%	34065

Com isso, baseando-se no número de gestantes em cada zona, sabe-se que entre as gestantes da zona rural a maioria delas realizou pré-natal no primeiro trimestre e, em comparação com a zona urbana, essa porcentagem foi maior (tabela 2). Essa informação não é concordante com o padrão brasileiro, no qual a porcentagem de gestantes que fizeram pré-natal no primeiro trimestre é menor na zona rural que na urbana. Essa contradição pode ser explicada por dois fatores: os dados colhidos são referentes ao pré-natal no serviço público (SUS) e as gestantes da zona rural geralmente tem menor condição socioeconômica, usufruindo mais desse sistema; e a zona rural em Brasília é muito próxima a zona urbana, fazendo com que as gestantes possuam um acesso mais facilitado, em comparação ao restante do país, para buscar acompanhamento e para receber as visitas domiciliares dos profissionais de saúde.

Tabela 2 - Número de gestantes com pré-natal no primeiro trimestre/ total de gestantes

Ano	Urbana	Rural
2010	57,70%	86,20%
2011	61,40%	93,45%
2012	70%	94,40%
2013	75,20%	91%
2014	75%	73,10%
2015	75,40%	96%

Analizando-se a variável gestante com vacinação em dia em Brasília (tabela 3), percebe-se que esta segue o mesmo padrão da variável gestante com pré-natal no primeiro trimestre, em todos os anos, a porcentagem de gestantes da zona rural é menor. Além disso, o número total de gestantes com vacinação em dia é sempre maior que o número de gestantes que realizaram pré-natal no primeiro trimestre (comparando a tabela 1 e 3). Esse comportamento pode ser explicado pelo fato de que a vacinação das gestantes pode ser feita durante toda a gestação, não apenas o primeiro trimestre, embora essa seja a recomendação.

Tabela 3 – Gestante com vacinação em dia em Brasília

Ano	Urbana	Rural	Total
2010	98,96%	1,04%	18949
2011	99,02%	0,98%	22640
2012	99,72%	0,28%	24162
2013	99,78%	0,22%	32864
2014	99,84%	0,16%	35915
2015	99,80%	0,20%	36530

Ao analisar a porcentagem de imunização em relação ao total de gestantes por zona, as gestantes da zona rural possuem alta incidência em todos os anos analisados (tabela 4). Esse fator pode ser considerado um indicativo de qualidade do pré-natal no serviço público de Brasília, uma vez que quase a totalidade das gestantes que procuraram o serviço, independentemente da idade gestacional, tiveram acesso à vacinação. Essa informação também não é concordante com o padrão brasileiro, e

isso pode ser explicado tanto pela melhor estruturação do serviço e estoque de insumos em comparação com outras regiões, quanto pelo fato de que o Distrito Federal tem a menor área geográfica dentre as unidades da federação. Consequentemente, sua zona rural é menor, bem como a quantidade de recursos necessários para atender essa população.

Tabela 4 – Gestantes com vacinação em dia/total de gestantes

Ano	Urbana	Rural
2010	64%	97,50%
2011	68,50%	97,40%
2012	78,40%	95,80%
2013	82,10%	93,50%
2014	81,60%	73,10%
2015	80,90%	96%

Conclusão:

Ao analisar a literatura disponível e os dados do Sistema Único de Saúde, percebe-se que devido a característica única do Distrito Federal, Brasília se destaca por proporcionar acesso ao acompanhamento da gestante acima da média nacional, pelo menos no tange à população rural. Essa característica pode ser explicada pela proximidade geográfica da zona rural ao grande centro brasiliense.

Uma das possíveis explicações para a menor participação urbana no SUS é alta renda per capita do DF, a qual é concentrada na zona urbana, possibilitando a estas gestantes a utilização do sistema privado de saúde.

Este estudo não busca explicar porque a porcentagem de atendimento à população rural é maior do que à urbana, visto que o DATASUS não fornece dados suficientes para tais conclusões.

Palavras-chave: Gestação. SUS. Epidemiologia.

Referências:

ANJOS, Juliana Cristine dos; BOING, Antonio Fernando. Diferenças regionais e fatores associados ao número de consultas de pré-natal no Brasil: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos

- Vivos em 2013. Revista Brasileira de Epidemiologia, Santa Catarina, v. 19, n. 4, p.835-850, dez. 2016.
- Assistência pré-natal no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p.85-100, ago. 2014.
- Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
- CARDOSO, Laís Santos de Magalhães et al. Diferenças na atenção pré-natal nas áreas urbanas e rurais do Brasil: Estudo transversal de base populacional. Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p.86-93, 2013. VIELLAS, Elaine Fernandes et al.
- HARRIS, David et al. Impact of rurality on maternal and infant health indicators and outcomes in Maine. Rural and Remote Health, Maine, v. 15, n. 3, 2015;
- KAMAL, Nahid et al. Trends in equity in use of maternal health services in urban and rural Bangladesh. International Journal For Equity In Health, Bangladesh, v. 15, n. 1, p.1-11, 2016.
- Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Datasus [acesso em setembro de 2017]. Informações de Saúde. Morbidade e informações epidemiológicas. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/>
- ROCHA, Bárbara Cristina Casemiro da et al. Cobertura vacinal e fatores associados em puérperas de município paulista. Ciência & Saúde Coletiva, Botucatu, v. 21, n. 7, p.2287-2292, 2016.
- SAND, Isabel Cristina Pacheco van Der et al. Autoatenção na gravidez para mulheres residentes no campo: Um estudo etnográfico. Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, v. 25, n. 4, p.1-9, 2016.
- TOMASI, Elaine et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. Cadernos de Saúde Pública, Pelotas, v. 33, n. 3, p.1-11, 2017.

CONDIÇÕES PARA INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO PARA CONTRACEPÇÃO

Camila Pereira Rosa, Universidade Católica de Brasília, camilapr.95@gmail.com

Lara Mundim Alves de Oliveira, Universidade Católica de Brasília, lara.mundimalves@gmail.com

Ana Luisa Vilela Braga Rossi, Universidade Católica de Brasília, analubraga@gmail.com

Mariana Carolina Braga, Universidade Católica de Brasília, mmaricarol@gmail.com

Fábio Santana dos Passos, Universidade Católica de Brasília, fabiosago@gmail.com

Palavras-chave: Pós-parto. Pós-aborto. Adolescência. Reversível. Eficiência.

Introdução

A gravidez não planejada é um problema de saúde pública, pois está associada ao risco aumentado de desfechos desfavoráveis relacionados à reprodução e à mudanças sociodemográficas (CURTIS; PEIPERT, 2017). No Brasil, estima-se que 46% dos partos ocorridos nos últimos cinco anos foram não planejados, sendo que 20% das mães possuíam idade inferior a 20 anos (BRASÍLIA, 2016). A taxa de gestação não planejada foi semelhante à taxa dos Estados Unidos da América, de 45%, porém alta em relação à Europa Ocidental, de 34% (CURTIS; PEIPERT, 2017).

Dessa forma, deve ser feita uma contracepção efetiva e segura para prevenir essas gestações não planejadas. Os métodos contraceptivos reversíveis de longa duração têm alta eficácia na contracepção pois são menos dependentes das mulheres que os utilizam. O Dispositivo Intrauterino (DIU), ou Sistema Intrauterino (SIU), é um representante dessa classe de contraceptivos e está disponível em forma hormonal, em que há liberação de levonorgestrel com consequente espessamento do muco cervical e inibição da ovulação, e não hormonal, em que há liberação de íons de cobre do dispositivo, tornando o ambiente intrauterino um local tóxico para o espermatozóide (CURTIS; PEIPERT, 2017).

A interrupção precoce do método, apesar de prevalente, é mais baixa entre as mulheres que recebem orientações específicas sobre o método. O DIU, pela eficácia e boa aceitação como método contraceptivo, evidenciado pela satisfação e continuidade, é atualmente a segunda alternativa de planejamento familiar depois da esterilização cirúrgica. (HOLANDA et al., 2013)

A inserção do DIU pode ser realizado em qualquer fase do ciclo menstrual, no pós-parto e no pós-aborto, com exceção de casos específicos, sendo necessário atender à categoria 1 ou 2 dos Critérios Clínicos de Elegibilidade da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a utilização desse método (BRASIL, 2016).

Metodologia

Para a realização da revisão, foram utilizados artigos científicos indexados nas base de dados LILACS, Biblioteca Virtual em Saúde e Biblioteca Cochrane, com as seguintes palavras chaves: “contraception”, “intrauterine”, “despite”, “dispositivo”, “intrauterino”, além de protocolos do Ministério da Saúde sobre a saúde mulher e matérias publicadas na homepage do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) do Brasil. Foram selecionados artigos a partir de 2013, nas línguas inglesa e portuguesa.

Resultados e Discussão

O uso de contraceptivos deve levar em consideração os Critérios Clínicos de Elegibilidade da OMS (TABELA 01). Quanto ao uso do DIU, seu uso é contraindicado em mulheres com hipersensibilidade aos seus componentes, geralmente associado ao DIU de Cobre, gravidez confirmada (categoria 4) (HOLANDA et al., 2013), infecção uterina em atividade, além de anomalias uterinas. Estas ocorrem em aproximadamente 4% das mulheres em idade reprodutiva. Anomalias como estenose cervical, miomas grandes ou septo uterino, podem tornar a inserção mais difícil e aumentar o risco de expulsão. No entanto, se a cavidade uterina puder ser abordada com segurança, a inserção poderá ser feita (HOLANDA et al., 2013). Pacientes com câncer de colo uterino, câncer endometrial e câncer de mama podem optar quanto ao uso do DIU de Cobre (categoria 1), mas não podem optar pelo DIU contendo levonorgestrel (categoria 4) (CURTIS; PEIPERT, 2017).

Nesse contexto, uma determinada condição só deve ser listada como contraindicação: apenas se o risco do uso do DIU exceder o risco de uma gravidez indesejada. (HOLANDA et al., 2013)

Categoria	Avaliação clínica
1	Não há restrição quanto ao uso do método contraceptivo.
2	As vantagens ao utilizar o método superam os riscos.
3	Os riscos ao utilizar o método superam as vantagens.
4	O uso do método contraceptivo causa risco inaceitável à saúde.

Tabela 1: Categoria da OMS de acordo com o critério de elegibilidade de métodos contraceptivos. Fonte: Organização Mundial de Saúde (2015).

A inserção do dispositivo pode ocorrer em qualquer período do ciclo menstrual, desde que seja descartada a possibilidade de gravidez. Durante a menstruação, o colo uterino encontra-se um pouco dilatado, o que facilita a introdução do dispositivo e ajuda a descartar tal possibilidade. Se a paciente estiver mudando de outro método, a inserção pode ser realizada a qualquer momento, desde que o outro método tenha sido utilizado de forma consistente e correta ou ainda se houver certeza razoável de ausência de gravidez (BRASIL, 2016).

Ademais, antes da inserção, um exame de Ultrassonografia Transvaginal (USG-TV) recente é importante para avaliar a cavidade uterina. Caso não queira inserir o dispositivo no período menstrual, a dosagem de beta gonadotrofina coriônica (beta-HCG) pode ser necessária para descartar gestação atual (HOFFMAN et al., 2014).

A colocação intra-hospitalar de dispositivos intra-uterinos após parto vaginal e cesariana é cada vez mais popular e responde à motivação materna para uma contracepção pós-parto altamente eficaz (EGGEBROTEN; SANDERS; TUROK, 2017). O DIU pode ser inserido no pós-parto imediato (até 10 minutos após expulsão placentária) ou pós-parto tardio (de 10 minutos até 72 horas após expulsão placentária), não havendo diferença na taxa de expulsão do dispositivo em ambas as condições (LOPEZ et al., 2015). Evidências emergentes sugerem que o dispositivo intra-uterino de levonorgestrel pode ter uma taxa de expulsão maior do que o dispositivo de cobre (EGGEBROTEN; SANDERS; TUROK, 2017).

A principal desvantagem dos dispositivos de DIU emoldurados atualmente disponíveis para a inserção pós-parto imediato é sua alta taxa de expulsão e deslocamento quando inseridas imediatamente pós-parto após o parto vaginal e cesáreo (KARATEKE et al., 2017). Uma nova abordagem para a ancoragem de um DIU sem moldura imediatamente após o parto foi inventada e desenvolvida especificamente para uso imediato pós-cesárea. Pode ser realizada imediatamente após a remoção da placenta sem o ônus das restrições de tempo. Estudos de fase inicial confirmaram a adequação e a facilidade de uso desta abordagem com ensaios clínicos adicionais que estão sendo realizados atualmente (WILDEMEERSCH et al., 2016).

A inserção pós-aborto também é possível, desde que não tenha quadro de infecção (aborto infectado ou sepse) associado (CURTIS; PEIPERT, 2017). A taxa de expulsão do dispositivo é maior no pós-aborto imediato quando comparado à inserções posteriores, mas sua eficácia em prevenir gestações não planejadas têm feito com que a inserção imediata tenha aumentado nos últimos anos (OKUSANYA; ODUWOLE; EFFA, 2014).

É importante rastrear doenças sexualmente transmissíveis (DST) antes da inserção do dispositivo. Se houver infecção ginecológica como clamídia ou gonorréia, é necessário tratar a

usuária, além de ajudá-la a escolher outro método durante o tratamento. Caso a paciente ainda desejar colocar o DIU, este poderá ser inserido após a infecção ter desaparecido completamente. (BRASIL, 2016)

Mulheres que tenham risco de contrair ou estejam infectadas com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), ou que tenham Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e que estejam em terapia antirretroviral (TARV) e estejam clinicamente estáveis podem colocar o DIU com segurança. As usuárias de DIU com AIDS devem ser avaliadas sempre que surgirem sintomas adversos, como dor pélvica ou corrimento, na unidade básica (monitorização para doença inflamatória pélvica) (BRASIL, 2016).

Enfatiza-se, por fim, que uma determinada condição só deve ser listada como contraindicação: apenas se o risco do uso do DIU exceder o risco de uma gravidez indesejada (HOLANDA et al., 2013).

Conclusão

Os Dispositivos Intrauterinos hormonais e não-hormonais são métodos contraceptivos de longa duração, com média de duração de 5 e 10 anos, respectivamente. Além disso, possuem índices de eficácia em torno de 99%, portanto, são considerados seguros. Nesse contexto, antes da inserção do DIU, é necessário que seja feita uma avaliação do histórico médico e a realização de exames para verificar as condições clínicas e físicas da paciente. Atenção especial deve ser dada ao exame ginecológico, de forma a se afastar infecções vaginais, cervicais e pélvicas. A dosagem do beta-HCG, a verificação da última menstruação e da presença ou ausência de sinais e sintomas de gravidez são essenciais para categorizar a indicação de inserção do método. Ademais, a Ultrassonografia Transvaginal é o exame de escolha para avaliação da cavidade uterina e verificação da presença de critérios de contraindicação, como anomalias uterinas. Caso haja alguma contraindicação, a paciente deve ser orientada sobre outros métodos contraceptivos adequados para ela no momento.

Bibliografia

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres**. Brasília: Ms/cgdi, 2016. 232 p.
- BRASÍLIA. UNFPA BRASIL. . **Maternidade**: quase metade das gravidezes não são planejadas. 2016. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/novo/index.php/noticias/ultimas/1302-maternidade-quase-metade-das-gravidezes-nao-sao-planejadas>>. Acesso em: 22 set. 2017.

- CÂMARA, Sara Camacho; ABREU-DOS-SANTOS, Filipa; FREITAS, Cláudia. Métodos contraceptivos reversíveis de curta e longa duração: estudo observacional. **Acta Obstetrica e Ginecologica Portuguesa**, Funchal, v. 4, n. 10, p.298-206, out. 2016.
- CURTIS, Kathryn M.; PEIPERT, Jeffrey F.. Long-Acting Reversible Contraception. **New England Journal Of Medicine**, [s.l.], v. 376, n. 5, p.461-468, 2 fev. 2017. New England Journal of Medicine (NEJM/MMS). <http://dx.doi.org/10.1056/nejmcp1608736>.
- EGGEBROTEN, Jennifer L.; SANDERS, Jessica N.; TUROK, David K.. Immediate postpartum intrauterine device and implant program outcomes: a prospective analysis. **American Journal Of Obstetrics And Gynecology**, [s.l.], v. 217, n. 1, p.1-7, jul. 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2017.03.015>.
- HOFFMAN, Barbara L et al. **Ginecologia de Williams**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- HOLANDA, Antônio Arildo Reginaldo de et al. Controvérsias acerca do dispositivo intrauterino: uma revisão. **Femina**, Natal, v. 41, n. 3, p.141-146, jun. 2013.
- KARATEKE, Ateş et al. Intra-cesarean insertion and fixation of frameless intrauterine devices. **Journal Of Turkish Society Of Obstetric And Gynecology**, [s.l.], p.64-66, 15 mar. 2017. Galenos Yayınevi. <http://dx.doi.org/10.4274/tjod.90532>.
- LOPEZ, Laureen M et al. Immediate postpartum insertion of intrauterine device for contraception. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, [s.l.], p.1-69, 26 jun. 2015. John Wiley & Sons, Ltd. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd003036.pub3>.
- OKUSANYA, Babasola O; ODUWOLE, Olabisi; EFFA, Emmanuel e. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, [s.l.], p.1-65, 28 jul. 2014. John Wiley & Sons, Ltd. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd001777.pub4>.
- WILDEMEERSCH, Dirk et al. Current status of frameless anchored IUD for immediate intracesarean insertion. **Developmental Period Medicine**, [s.l.], v. 1, n. 20, p.7-15, jan. 2016.
- WORD HEALTH ORGANIZATION. **Medical eligibility criteria for contraceptive use**. 5. ed., 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158_eng.pdf>. Acesso em: 22 set. 2017.

CORRELAÇÃO DOS DADOS DO DATASUS COM O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E O MOTIVO DA INTERNAÇÃO DOS PACIENTES TABAGISTAS DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO EM GOIÂNIA

Carolina Rassi da Cruz, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, carolinarassicruz@gmail.com

Gabriel Costa Monteiro, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, gabrielcosta.m@gmail.com

Lucas Avelino Gomes de Oliveira, Pontifícia Universidade Católica de Goiás,

lucasavelino579@hotmail.com

Gabriel Fonseca de Oliveira Costa, Pontifícia Universidade Católica de Goiás,

gabriel foc93@gmail.com

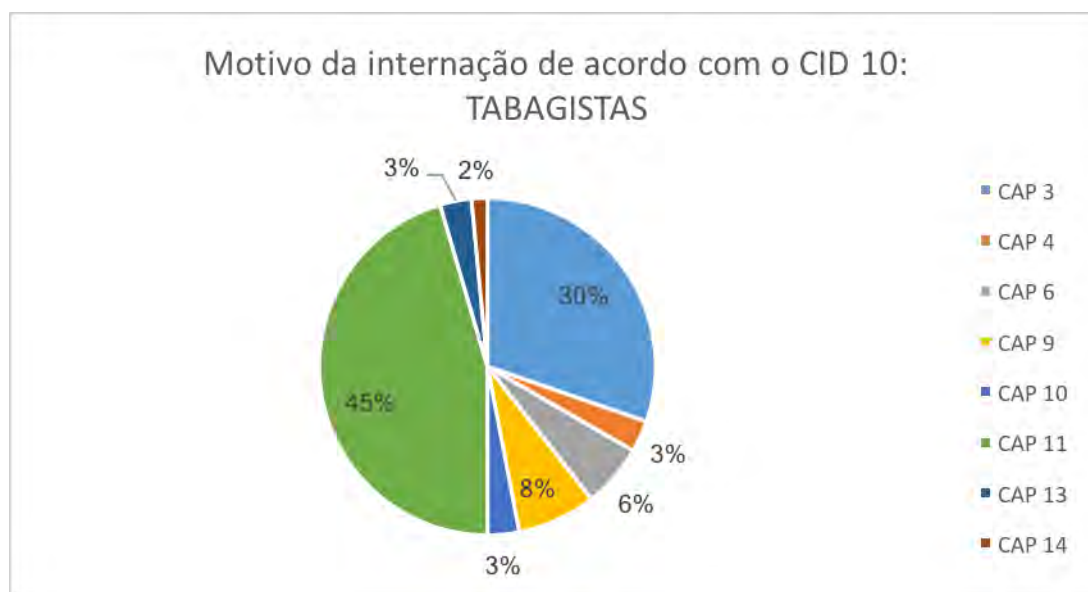
Giselle Miranda Vinhadelli, Universidade Católica de Brasília, gisellevinhadelli@hotmail.com

Palavras chave: Hábito de Fumar; Nicotina; Perfil de Saúde.

Introdução: O tabagismo integra o grupo dos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa na Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10, 1997) e é a maior causa isolada evitável de adoecimento e mortes precoces em todo o mundo.

Material e Métodos: Prontuários de pacientes internados na enfermaria de Clínica Médica de agosto de 2016 a agosto de 2017 de um hospital filantrópico de Goiânia. Estudo transversal por coleta de dados de prontuários, estratificação do motivo da internação conforme os capítulos (Cap) do CID-10 e comparação com DATASUS.

Resultados: 270 pacientes foram internados na enfermaria de Clínica Médica durante o período, sendo 68 (25%) tabagistas e 202 não tabagistas (75%). Das internações em pacientes tabagistas tivemos com motivo da internação: 6% por doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos: CapIII; 3% doenças endócrino-metabólicas: CapIV; 3% doenças do sistema nervoso: CapVI; 30% foi por doenças do aparelho circulatório: CapIX; 45,5% por doenças do aparelho respiratório: CapX; 8% por doenças do aparelho digestivo: Cap XI; 1,5% por doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo: CapXIII e 3% por doenças do aparelho geniturinário: CapXIV conforme ilustra o gráfico (FIGURA 1)



(FIGURA1)

Discussão: A última prevalência de fumantes no Brasil tabulada no DATASUS é de 2012 e nessa data a prevalência de fumantes no Centro-Oeste foi de 10,6 (IC= 9,5 a 11,6; $p < 0,05$). Durante esse período na região Centro-Oeste tiveram 19.856 (27,6%) internações com tabagismo como fator de risco associado. As internações foram estratificadas por motivo conforme os Capítulos (Cap) do CID10. O mais prevalente foi por consequências de causas externas Cap XIX com 11,77%; seguido por 11,2% internações por doenças relacionadas ao Cap X e 9,12% por doenças relacionadas ao Cap IX. Tais dados corroboram com a análise do perfil epidemiológico e o motivo da internação dos pacientes do presente estudo e nos mostra a atemporalidade da alta prevalência das doenças respiratórias e cardiovasculares como o motivo da internação de pacientes fumantes no Brasil, representando um problema de saúde pública.

Conclusões: Por se tratar da maior causa isolada evitável de adoecimento e mortes precoces em todo o mundo, podemos concluir que é imprescindível a adoção e incorporação de práticas de cessação do tabagismo e investimentos em políticas de saúde a fim reduzir a alta prevalência do tabagismo na sociedade.

Referências:

1- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Derivados do tabaco. Assuntos de interesse. Danos a saúde. Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Derivados+do+Tabaco/Assuntos+de+Interesse/Danos+A+Saude>

2- BRASIL. Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10 - 1997).

Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cid10.htm>.

3- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Programa Nacional de Controle do Tabagismo disponível em:

http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/tabagismo

4- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS Tecnologia da Informação a Serviço do SUS, disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>

CUIDADO FARMACÊUTICO EM PEDIATRIA: UM RELATO DE CASO

Ana Bárbara Moura Siqueira¹, Ana Karoline Pereira Nascimento¹, Ana Selma Macini Santos¹, Debora Santos Lula Barros², Rafael Cardinali Rodrigues³

1- Discentes da Universidade Católica de Brasília

2- Docente da Universidade Católica de Brasília

3- Secretaria de Saúde Distrito Federal

anab.biomedicina@gmail.com

karolinee.nascimento@gmail.com

anaselmamacini@gmail.com

debora.farmacia9@gmail.com

rafaelcardinali@gmail.com

Introdução: A deficiência de Glicose-6-fosfato desidrogenase (G6PD) é uma doença hereditária, ocasionada por mutações no cromossomo X no gene que codifica a enzima G6PD. A prevalência da deficiência de G6PD na população brasileira fica em torno de 1% a 10%, apresentando maior incidência em homens de ascendência africana. Apesar da distribuição epidemiológica importante de deficiência de G6PD, os pacientes majoritariamente permanecem assintomáticos. Os principais achados clínicos e diagnósticos são a hiperbilirrubinemia neonatal, hemólise aguda e hemólise crônica.

Objetivo: Descrever o desenvolvimento de ações de cuidado farmacêutico ao paciente pediátrico com a deficiência de G6PD, de modo que sejam ofertadas intervenções compatíveis com as características logístico-assistenciais da atenção primária à saúde do Distrito Federal (DF).

Materiais e métodos: Trata-se de um estudo de relato de caso, cujo paciente é assistido em uma Clínica da Família do Recanto das Emas-DF. Esse paciente já é acompanhado pela equipe de saúde desde 21/06/2017, sendo que todo núcleo familiar do paciente é atendido pela estratégia saúde da família local. Este estudo faz parte de um projeto maior titulado “VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS CLÍNICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fepecs sobre o número do parecer 1.851.177.

Relato de Caso: W. M. O. A. nascido no dia 21/06/2017, masculino, branco, peso 2930 g, altura 47 cm, PC 35 cm, IMC 13,26. O parto foi realizado em Goiânia. Em 26/07/2017 a mãe foi a Clínica da Família nº 2 do Recanto das Emas para W.M.O. iniciar as consultas do programa Crescimento e Desenvolvimento (CD), durante a primeira consulta foi verificado a ausência do resultado do teste do pezinho, seguido então pelo pedido do exame. O resultado do teste do pezinho mostrou-se positivo para deficiência de G6PD, sendo este repetido para a confirmação. Nos demais exames W.M.O.A. apresentou crescimento e desenvolvimento normais para a idade, vacinação atualizada e alimentação por amamentação (AME). No dia 23/08/2017 WMOA retornou à unidade, para sua segunda consulta onde apresentou crescimento e desenvolvimento normais para a idade, alimentação por AME e cartão de vacina desatualizado, foi encaminhado para a sala de vacinação. No dia 26/09/2017 W.M.O.A. apresentou crescimento e desenvolvimento normais para a idade, vacinação atualizada e alimentação AME, onde a mãe relata não ter tempo para amamentar pois faz duas faculdades e pede que lhe seja indicado um suplemento alimentar para o filho.

Resultados e Discussão: O manejo clínico de pacientes com deficiência de G6PD está previsto no Programa de Triage Neonatal do Distrito Federal (PTN-DF) desde 2011. É importante que medidas profiláticas e acompanhamento adequado na atenção primária sejam realizados, visando prevenir o desenvolvimento de sintomatologias, aparecimento de sequelas ou mesmo o óbito. Neste quadro destaca-se o farmacêutico com o papel importante de promover o cuidado farmacêutico, orientando e esclarecendo quais os medicamentos presentes na Secretária de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) podem ser dispensados para os pacientes com deficiência de G6PD. Pacientes em idade pediátrica, principalmente os recém-nascidos, desenvolvem facilmente febre, cólica (dor), coriza, sendo que estes transtornos menores possuem tratamentos medicamentosos disponíveis na SES-DF, porém para pacientes com deficiência de G6PD, o elenco se torna mais restritivo. O paciente do relato de caso ainda não apresenta nenhuma complicação relacionada a deficiência de G6PD, porém seus pais e os agentes da saúde primária devem estar cientes de quais medicamentos W.M.O.A. pode ou não utilizar. O papel do farmacêutico é muito importante nesse aspecto, visto ele poder orientar a partir do cuidado farmacêutico quais os medicamentos com menos restrição ou mesmo com restrição inexistente para o tratamento de doenças menores que este paciente possa vir apresentar. O cuidado farmacêutico é uma realidade na Clínica da Família nº 2 do Recanto das Emas, e a família e W.M.O.A. encontra-se assistida com por esse programa.

Conclusão: Embora a deficiência de G6PD tenha uma prevalência relevante, existem poucos estudos que elucidem como o cuidado farmacêutico deve ser realizado em pacientes pediátricos com a deficiência de G6PD atendidos no âmbito da atenção primária. Visto isto, é importante que a literatura produza mais trabalhos a respeito da atuação do farmacêutico no manejo de pacientes com esta deficiência, já que muitos medicamentos disponíveis na relação de medicamentos essenciais devem ser dispensados com restrições a estes pacientes.

Palavras chave: Deficiência de G6PD. Neonatal. Protocolo de atenção à saúde.

Referências:

- CPPAS. Protocolo de Atenção às Crianças com Deficiência de Glicose-6-Fosfato Desidrogenase (G6PD). Portaria SES-DF N° 335 de 30/12/2013, publicada no DODF N° 2 de 03/01/2014.
- DE OLIVEIRA PAULA, Ramon Alves et al. Prevalência da deficiência de Glicose-6-Fosfato Desidrogenase em uma população adulta doi: [http://dx. doi. org/10.5892/ruvrv. 2013.111. 127134](http://dx.doi.org/10.5892/ruvrv.2013.111.127134). **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 11, n. 1, p. 127-134, 2013.
- SANTANA, Marli Stela et al. Associação de metemoglobinemia e deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase em pacientes com malária tratados com primaquina. **Rev Soc Bras Med Trop**, v. 40, n. 5, p. 533-536, 2007.

CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Ana Paula Teixeira Leite, anapaulatileite@gmail.com, Universidade Católica de Brasília,

Luísa Freire Barcelos, lufb18@hotmail.com, Universidade Católica de Brasília.

Jeane Kelly Silva Santo, jeaneecalebe@hotmail.com, Universidade Católica de Brasília.

Palavras chave: Assistência domiciliar. Formação profissional. Integralidade.

INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos envolvem um campo interdisciplinar de cuidados totais, ativos e integrais, direcionados aos pacientes com doenças avançadas e em fase terminal que, muitas vezes, sofrem por um desinvestimento médico e desistência de cuidados por parte de profissionais e familiares. No entanto, os momentos finais da vida exigem um cuidado humanizado e tecnicamente adequado, priorizando o manejo dos sintomas e a qualidade de vida. Para isso, devem ser exigidas nova postura assistencial e novos investimentos na formação dos profissionais de saúde do Brasil, uma vez que a demanda pelos cuidados paliativos em nível local não está devidamente eficaz. Além disso, no Brasil há uma carência de política nacional que articule ações para o final da vida, dentro do modelo de cuidado paliativo, o que significa valorizar o controle dos sintomas, a abordagem integral e multidisciplinar, envolvendo o doente e seu grupo familiar, desde o diagnóstico até o luto. Ademais, é importante lembrar que os melhores resultados na prestação de cuidados paliativos dependem do funcionamento integrado dos serviços de saúde, bem como da aliança entre especialistas, generalistas e cuidadores domiciliares, o que aumenta a necessidade da integração desse tipo de assistência com a Atenção Primária de Saúde, o que vem se tornando aos poucos uma realidade do nosso sistema.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo sobre os cuidados paliativos na atenção primária, utilizando as bases eletrônicas de dados para a seleção de artigos mais relevantes tais como, Google Acadêmico, Scielo e Pubmed. Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados na busca foram: “Cuidados Paliativos”, “Atenção Básica” e “Atenção Primária”. Utilizou-se a pesquisa booleana como estratégia de busca da seguinte forma: “Cuidados Paliativos na Atenção Básica” ou “Cuidados Paliativos na Atenção Primária” e “Cuidados paliativos”, apropriada a cada base eletrônica. Com o intuito de refinar as buscas nas bases de dados, foram também realizadas buscas

com as palavras-chave traduzidas para o inglês, de forma que a palavra-chave “palliative care” estivesse contida no título.

DISCUSSÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define cuidados paliativos como “abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares, em face de uma doença terminal, através da prevenção e do alívio do sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação rigorosa e tratamento da dor e de outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais”. Ou seja, os cuidados paliativos visam lidar com a morte de forma que acolha o paciente, o cuidador e sua família. Como um dos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) é a integralidade da assistência, a aplicação desse princípio demanda incorporar os Cuidados Paliativos na Atenção Primária.

Indícios dessa necessidade já podem ser vistas no Brasil por meio da implementação dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), da instituição do Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos do Sistema Único de Saúde (SUS) e também do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF). Por outro lado, o Brasil ainda requer muitos avanços nessa área, uma vez que, segundo levantamento realizado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), a maioria dos serviços está localizada na região Sudeste e majoritariamente em ambientes hospitalares. Outra avaliação de 2006 realizada pelo Observatório Internacional de Cuidados de Final de Vida (IOELC), situou o Brasil com apenas 14 serviços em localizações pontuais, contra 500 serviços no Canadá e 4.000 nos EUA.

Alguns entraves podem ser destacados como colaboradores para essa disparidade do Brasil com outros países: inadequada assistência domiciliar oferecida pelos serviços e profissionais de saúde e formação de profissionais especializados para lidar com os cuidados paliativos. A assistência domiciliar compõe um dos pilares dos cuidados paliativos. No entanto, em termos de logística, é considerado um obstáculo, uma vez que o suporte domiciliar exige uma rede de assistência disponível e flexível, comprometendo o trabalho da equipe do serviço de saúde. Por isso, há que se organizar um sistema em que o paciente e o cuidador não sejam vítimas da descontinuidade das condutas paliativas.

Ademais, a busca pela capacitação de profissionais que prezem pela prática dos cuidados paliativos, principalmente no domicílio, é de fundamental importância, uma vez que a atual formação está baseada no paradigma da cura e está preparada para atender dentro dos espaços institucionais. Assim, o profissional de saúde, mesmo que considere atuar na perspectiva da

qualidade de vida, ainda se sente vulnerável perante a ocorrência da morte, além de não possuírem uma formação adequada sobre cuidados paliativos em pacientes terminais.

Contudo, as atitudes e competências necessárias para prover cuidados paliativos de alta qualidade vão além àquelas necessárias para uma APS excelente: atender às demandas biopsicossociais do paciente de forma integral e buscar uma forma de tratamento transdisciplinar. Dessa forma, a organização de um sistema de saúde que absorva na integralidade os pacientes com doença avançada e em fase terminal, e seus familiares, só será possível se este sistema se fundamentar em princípios que incluam o cuidado, o não-abandono e a proteção.

CONCLUSÃO

Para fazer frente à crescente necessidade de estruturar o sistema de saúde para absorver com qualidade, dentro de um contexto orçamentário restrito, as demandas advindas da população que enfrenta doenças em fase terminal, é fundamental que os cuidados no fim da vida sejam pensados e estruturados dentro de um modelo que priorize o não-abandono e a proteção aos pacientes. Mesmo que a estruturação dos cuidados paliativos venha crescendo em nosso meio nos últimos anos, devido principalmente ao surgimento de centros de cuidados paliativos e por algumas iniciativas governamentais, os profissionais de saúde responsáveis por esses cuidados, consideram-se possuidores de uma formação técnica ineficaz, incluindo a falta de conhecimento e habilidade para lidar tanto com os pacientes como com seus familiares. Desta forma, diante dessa demanda, numérica e moral, de se organizar uma linha assistencial aos pacientes com doenças avançadas e terminais, torna-se necessário que a disciplina de cuidados paliativos faça parte dos currículos dos cursos de graduação na área da saúde. Para tanto, o médico deve estar preparado para o atendimento do paciente, enxergando-o como ser integral; dotado de sentimentos, expectativas e com direitos a decisões que lhe garantam dignidade na vida e no processo de morrer. Surge então a identidade dos profissionais da saúde a partir de uma visão não só biológica, mas fundamentalmente humanista.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COMBINATO D. S; MARTINS S. T. F; (Em defesa dos) Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo - 2012;36(3):433-441.

FLORIANI C. A; SCHARAMM F. R; Desafio os morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(9):2072-2080, set, 2007.

RODRIGUES T. B; SOUZA A. M. A; PONTES R. J. S; QUEIROZ A. H. A. B; Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da Atenção

Primária. Sistema de Información Científica **Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal**.

SILVA S. M; FACCHINI L. A; FRIPP J. C; Caracterização de um programa de internação domiciliar e cuidados paliativos no Município de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil: uma contribuição à atenção integral aos usuários com câncer no Sistema Único de Saúde, SUS.

Epidemiol. Serv. Saúde v.21 n.1 Brasília mar. 2012.

ZOBOLLI E. L.C.P; SAITO D.Y.T; Cuidados paliativos e a atenção primária à saúde: *scoping review*. **Rev. Bioét.** vol.23 no.3 Brasília set./dez. 2015.

DESAFIO NA ERRADICAÇÃO DA TUBERCULOSE: A MULTIRRESISTÊNCIA

Samanta Carvalho da Silva, Fabiana Nunes de Carvalho Mariz

Universidade Católica de Brasília

samantac.biomed@gmail.com, marizfabianan@gmail.com

Palavras-chave: Infecção. Aids. Contágio. Multidrogarresistente.

Introdução

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa que afeta principalmente os pulmões; causada por uma bactéria denominada *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecido como Bacilo de Koch (BK). A transmissão do bacilo é feita de forma direta, através da propagação de gotículas de saliva contendo o agente, sendo que ambientes fechados e de pouca ventilação aumentam o risco de contágio.

A infecção pelo bacilo de Koch predispõe a pessoa a desenvolver a tuberculose em qualquer fase da vida. Desse modo, com o desencadear da doença, os sintomas comuns são: tosse seca ou produtiva por três semanas ou mais, perda de peso, sudorese noturna, dor torácica, febre vespertina, dispneia e astenia.

No final do ano de 2015, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou os 22 países com maior carga da doença no mundo, dentre os quais, encontrava-se o Brasil. Assim, nas duas listas definidas pela OMS, o Brasil ocupava a 20ª posição no que se refere à carga da doença e a 19ª na relação de coinfeção de tuberculose com HIV¹.

O cenário mundial quanto ao aparecimento de novos casos de tuberculose, notificados, já era bastante crítico, chegando, em média, a 10 milhões de novos casos anuais³. Por esses e outros motivos, a tuberculose é considerada, desde 1993, como um problema emergencial de saúde pública.

O fenômeno da resistência a medicamentos tem se constituído um grande desafio tanto no tratamento quanto para os programas nacionais de controle da tuberculose. E esse desafio se acentuou ainda mais com o desenvolvimento da tuberculose multi-drogarresistente (TB-MDR) e com os surtos de tuberculose extremamente resistente (TB-XDR)⁶.

Diante de toda essa conjuntura, o objetivo desse trabalho é entender os mecanismos pelos quais essa multirresistência se estendeu e tem se propagado, assim como estabelecer novas e mais eficientes ferramentas de controle e superação desse desafio.

Material e métodos

Foi feita uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados Scielo, Pubmed, LILACS Revistas e bases de dados do Ministério da Saúde (MS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS). Usando como palavras-chave: tuberculose, multirresistência, bacilo de Koch, infecção. Do ponto de vista qualitativo, buscou-se utilizar artigos mais atuais, principalmente os que demonstravam os dados epidemiológicos.

Resultados e discussão

Atualmente, a estratégia pela qual a TB tem sido controlada é baseada em ações governamentais, que consistem de maneira direta, em diagnosticar e tratar o mais rápido possível os casos de TB, com vistas a diminuir o risco de transmissão da doença. Além disso, o tratamento consiste numa associação, geralmente, de isoniazida (INH), rifampicina (RMP), epirazinida (PZA), durante dois meses, seguida por quatro meses se INH e RMP⁸.

A emergência do HIV está bastante relacionada ao agravamento da tuberculose e o surgimento das formas multirresistentes que ganham facilidade de propagação em áreas de grande concentração humana e com precários serviços de infraestrutura urbana².

Dentre os principais fatores relacionados às multirresistências, é possível citar: a falta de adesão do paciente ao medicamento; absorção intestinal deficiente, como no caso de coinfeção com HIV; prescrição medicamentosa inadequada, devido à utilização equivocada dos esquemas padronizados pelo MS; adição de outros medicamentos anti-tuberculose de forma arbitrária, sem teste de sensibilidade, dentre outros fatores.

A principal forma pela qual a resistência se manifesta é pela mutação, como a resistência à isoniazida, cuja mutação mais frequentemente observada é no gene *katG* e para a rifampicina, no gene *rpoB*. Sendo assim, de maneira geral, uma das principais estratégias para a prevenção da multirresistência é a correta aplicação do tratamento de primeira linha e de curta duração.

Por isso, o correto diagnóstico das formas multirresistentes mostra-se muito importante. Na maioria dos estudos, o critério utilizado para definir um caso de TB como multirresistente é o teste de sensibilidade. Sendo que o método prevalente é o das proporções, que é realizado em meio sólidos Lowenstein Jensen ou em meio líquido, tal como o Bactec. Assim, a resistência é estimada

fazendo-se a comparação do número de colônias que crescem no meio com o fármaco e o número de colônias que cresce no meio de controle, sendo expresso em porcentagem. E o ponto de corte definidor é 1%⁹.

Com o aumento no número de casos de TB-MR/XD, a prevenção é a melhor das estratégias, isto é, implementar o tratamento preventivo em indivíduos que estão sob o risco de serem portadores destas cepas diminui a morbidade, a mortalidade e os gastos do governo no campo da saúde para tratar a doença.

Segundo o Boletim epidemiológico de 2016, o coeficiente de incidência da tuberculose no Brasil diminuiu, assim como o coeficiente de Aids. Concomitantemente, a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a realização do Tratamento Diretamente Observado (TOD) aumentaram. No entanto, esses indicadores sofrem elevada variabilidade no contexto dos estados, fazendo-se necessária a adoção de estratégias regionais mais eficazes, de acordo com a necessidade de cada região¹.

Conclusões:

O Brasil, apesar de já ter avançado bastante na tentativa de diminuir os casos de tuberculose no país, assim como os outros países, enfrenta o desafio de combater a multirresistência, que já tem se estendido, inclusive, a casos de extrema resistência.

Além disso, infelizmente, há poucos laboratórios capazes de realizar culturas e testes de sensibilidade na rotina diária, por esse motivo, são escassos os dados sobre TB-MR/XD¹.

Por isso, garantir um diagnóstico eficaz seria um dos pontos a serem levados em consideração. Isso é possível melhorando a confiabilidade dos testes disponíveis, tornando mais rígido o controle da qualidade dos resultados fornecidos; validando métodos novos e rápidos como o sistema MGIT 960 ou o MB/Bac; padronizando as concentrações inibitórias mínimas individuais de fármacos para determinação da resistência; desenvolvendo novos estudos para a validação dos marcadores clínicos de resistência, baseado na história terapêutica e investindo no desenvolvimento de novos fármacos⁹.

Referências Bibliográficas

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo fim da tuberculose. Brasília-DF, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/24/Plano-Nacional-Tuberculose.pdf>, acesso em: 15/10/2017.

2. BRASIL, Ministério da Saúde. Manual de Diagnóstico e Tratamento de Tuberculose resistente e Multidrogarresistente. Disponível em:
http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/mozambique_tb2.pdf, acesso em 15/10/2017.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual Técnico para controle da Tuberculose. Brasília-DF, 2002. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_controle_tuberculose.pdf, acesso em 15/10/2017.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Tuberculose. Disponível em:
<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/svs/tuberculose>, acesso em 15/10/2017
5. DALCOLMO, Margareth Pretti; ANDRADE, Mônica Kramer de Noronha; PICON, Pedro Dornelles. Tuberculose multirresistente no Brasil: histórico e medidas de controle . Revista de Saúde Pública 2007;41(Supl. 1):34-42 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/6570.pdf>, acesso em 16/10/2017.
6. OMS. Organização Mundial da Saúde recomenda novo diagnóstico e tratamento para a tuberculose. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-recomenda-novo-diagnostico-e-tratamento-para-a-tuberculose-multirresistente/>, acesso em 16/10/2017.
7. ROSSET, Maria Lúcia Rosa , et al. Tuberculose resistente: revisão molecular . Revista de Saúde Pública. 2002; 36(4):525-32 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4/11774.pdf>, acesso em 16/10/2017.
8. *Scientific American* Brasil. Disponível em
http://www2.uol.com.br/sciam/noticias/as_raizes_da_resistencia_da_tuberculose_a_medicamentos.html, acesso em 17/10/2017.
9. Sociedade de Pneumologia e Tisiologia do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em:
http://sopterj.com.br/profissionais/_educacao_continuada/curso_tuberculose_8.pdfv, acesso em 17/10/2017.

DIA DO PORTADOR DE MARCAPASSO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lia Mara Mesquita Rosa, Universidade Católica de Brasília, liamararbd@yahoo.com.br.

Igor Diego Carrijo dos Santos, Universidade Católica de Brasília, igorcarrijo@gmail.com.

Jéssica Borges Badú, Universidade Católica de Brasília, jessicabadu@gmail.com.

Lauriene de Souza Nogueira, Universidade Católica de Brasília, lauriene.s.nogueira@gmail.com.

João Paulo Velasco Pucci, Clínica de Ritmologia de Brasília, dr.jpuzzi@gmail.com.

Palavras-Chave: Dispositivos implantáveis. Estereótipo. Medida de pulso. Ação comunitária.

Introdução

O marcapasso consiste em um dispositivo implantável cuja função é, basicamente, regular os batimentos cardíacos de indivíduos que apresentam distúrbios de ritmo cardíaco. Desde as primeiras experiências com estimulação cardíaca artificial, datadas da segunda metade dos anos 1950, até os dias atuais, o marcapasso sofreu inúmeros progressos tecnológicos, o que permitiu devolver a qualidade de vida a milhões de pessoas ao redor do mundo (BARROS, 2012). Apenas no Brasil, existem mais de 300 mil portadores de marcapasso, sendo implantados 49 mil novos dispositivos por ano (ABEC/DECA, 2017).

São indubitáveis os benefícios que o marcapasso traz para o indivíduo que dele necessita, pois permite que o paciente, tomados os devidos cuidados, volte a executar atividades de sua vida diária com conforto e satisfação. No entanto, verifica-se que parte considerável dos portadores de marcapasso não conhece como o aparelho realmente funciona e quais as implicações de seu uso. A carência de informações os leva a concepções equivocadas em relação ao dispositivo e a crença em diversos mitos que permeiam o assunto.

Com o propósito de fornecer maior atenção e suporte aos portadores de marcapasso e de outros dispositivos implantáveis, desenvolveu-se a campanha nacional do Dia do Portador de Marcapasso, uma iniciativa da Associação Brasileira de Estimulação Cardíaca Artificial do Departamento de Estimulação Cardíaca Artificial da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular. A campanha tem sido realizada ao redor do Brasil, desde 2014, em todo dia 23 de setembro, possuindo o lema “Tome uma medida de pulso”.

O objetivo deste trabalho é relatar a experiência que a Liga de Cardiologia da Universidade Católica de Brasília teve na comemoração do Dia do Portador de Marcapasso, realizada no dia 23 de setembro de 2017.

Material e Métodos

A ação ocorreu das 8h às 12h na Clínica ECOVIDA Diagnósticos, sob a coordenação do Dr. João Paulo Velasco Pucci. O evento contou com a participação de cerca de 50 pessoas, dentre elas organizadores, pacientes e seus familiares, além de amigos.

As ações que ocorreram durante o evento incluíram: café da manhã comunitário; distribuição de cartilhas com informações sobre o marcapasso e outros dispositivos implantáveis; disponibilização de atendimento básico gratuito para a população, incluindo medida de pulso e exame eletrocardiográfico; avaliação gratuita para portadores de marcapasso da rede pública e; palestra informativa.

Nesta última, ministrada pelo Dr. João Paulo, foram apresentados os diferentes tipos de marcapasso, bem como o Cardioversor Desfibrilador Implantável, dos quais muitos participantes eram portadores. Diversas dúvidas foram esclarecidas a respeito da vida útil do aparelho e de seu funcionamento, de como é feita a cirurgia de implantação e, principalmente, de como viver com qualidade após o implante do marcapasso.

Resultados e Discussão

Durante a palestra, muitos comentários feitos pelos pacientes chamaram a atenção, pois refletiam seu desconhecimento em relação ao marcapasso. Houve pacientes que abdicaram de exercícios físicos, de assistir televisão e, até mesmo, de abrir a porta da geladeira, com receio de que estes atos pudessem causar algum tipo de interferência no aparelho. Todas as dúvidas foram devidamente esclarecidas e diversas orientações foram dadas aos pacientes, muitas das quais constam no chamado ABC do Marcapasso, disponível no site da ABEC/DECA.

Outro aspecto relevante que pode ser percebido foi a expectativa dos pacientes em relação às mudanças que ocorreriam em sua vida em virtude do marcapasso. Muitos tinham a ideia errônea de que o dispositivo era sinônimo de limitação e de perda da qualidade de vida, quando, na verdade, o objetivo do marcapasso é justamente devolvê-la ao indivíduo. Essa questão foi bem enfatizada após o relato de uma das pacientes portadoras do aparelho. A paciente afirmou que, antes do marcapasso, ficava prostrada na cama, não conversava com ninguém e sentia-se sem energia para fazer atividades da vida diária. Após o implante, alegou que sua vida mudou completamente: sente-se disposta e muito mais ativa.

Ao final do evento, muitos vieram agradecer pelo convite e pela oportunidade de terem suas dúvidas esclarecidas e estereótipos quebrados em relação ao marcapasso. Afirmaram que, apesar de todo o cuidado especial que o marcapasso exige, tamanho esforço vale a pena quando se percebem

novamente capazes de executar tarefas que já não realizavam com a mesma disposição em virtude das limitações físicas que a arritmia lhes impunha.

Conclusões

Diante dos sucessivos agradecimentos e elogios recebidos ao longo de toda a ação comunitária, foi possível perceber a importância e o impacto que a informação tem na vida das pessoas. A palestra foi especialmente importante para desmistificar diversas ideias presentes entre os pacientes a respeito do marcapasso e de todos os aspectos que ele envolve. O retorno positivo dos participantes foi a maior gratificação da experiência.

Dessa maneira, evidencia-se a enorme importância que ações sociais como a do Dia do Portador de Marcapasso desempenham na vida dos pacientes, sendo extremamente válidas a sua continuidade, incentivo e divulgação.

Referências Bibliográficas

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ARRITMIA, ELETROFISIOLOGIA E ESTIMULAÇÃO CARDÍACA ARTIFICIAL/DEPARTAMENTO DE ESTIMULAÇÃO CARDÍACA ARTIFICIAL. **ABC do Marcapasso.** Disponível em: <https://abecdeca.org.br/medico/campanha/abc-marcapasso.html>. Acesso em: 14 out. 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ARRITMIA, ELETROFISIOLOGIA E ESTIMULAÇÃO CARDÍACA ARTIFICIAL/DEPARTAMENTO DE ESTIMULAÇÃO CARDÍACA ARTIFICIAL. **Dia do Portador de Marcapasso: o que é a campanha.** Disponível em: <https://abecdeca.org.br/medico/campanha/o-que-e-a-campanha.html>. Acesso em: 14 out. 2017.

BARROS, R. T. **Qualidade de vida em pacientes portadores de marca-passo cardíaco.** 2012. 96 p. Tese de Doutorado – Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2012.

DIARREIA EM PACIENTE COM VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA: RELATO DE CASO.

Carolina Rassi da Cruz, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, carolinarassicruz@gmail.com

Gabriel Costa Monteiro, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, gabrielcosta.m@gmail.com

Lucas Avelino Gomes de Oliveira, Pontifícia Universidade Católica de Goiás,
lucasavelino579@hotmail.com

Gabriel Fonseca de Oliveira Costa, Pontifícia Universidade Católica de Goiás,
gabriel foc93@gmail.com

Giselle Miranda Vinhadelli, Universidade Católica de Brasília, gisellevinhadelli@hotmail.com

Palavras-chaves: HIV; Enteropatia por HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

Introdução: A diarreia é um dos sintomas importantes causados pela infecção do vírus da imunodeficiência humana. Tem origem é multifatorial envolvendo a interação entre infecções oportunistas, má-absorção, uso da terapia antirretroviral e ação direta do vírus HIV. Sua prevalência aumenta de acordo com a queda dos linfócitos T CD4, sendo importante causa de morbidade. Os sintomas variam de leves até graves com má-absorção, desidratação e choque. O quadro pode ser agudo, persistente ou crônico (mais comum). A enteropatia por HIV é um diagnóstico de exclusão, feito uma vez que causas diarreia tenham sido descartadas.

Material e Métodos: Relato de caso de um paciente tratado para diarreia crônica internado em um hospital terciário localizado em Goiânia – GO. Foi realizada a revisão do prontuário e entrevista com o paciente para coleta de dados.

Resultados e Discussão: N.S., 39 anos, sexo masculino, solteiro, residente e procedente de Aparecida de Goiânia deu entrada no dia 08/03/17 no pronto socorro do Hospital de Doenças Tropicais com queixa de início há um mês de astenia intensa associada à inapetência, mialgia e piora do quadro diarreico crônico. Relata diarreia associada a perda de peso (não soube quantificar exatamente, acima de 10% do peso basal) de início há seis meses, fezes de consistência líquida e frequência de 6-10 vezes ao dia. Nega febre.

HIV diagnosticado há 13 anos, em uso irregular de TARV há 2 meses (03/2017: Contagem de CD4 = 1 e Carga viral = 5.884).

Ao exame físico: regular estado geral, hipocorado (2+/4), desidratado (1+/4), caquético, musculatura atrofiada e abdome escavado. Oroscopia apresentou placas branco leitosas em região de língua e palato.

Feita hipótese de Síndrome da imunodeficiência adquirida; síndrome consumptiva e diarreia crônica e monilíase oral. Prescrito Terapia Antirretroviral (Tenofovir, Lamivudina, Raltegravir e Atazanavir/ritonavir) e Fluconazol. Iniciado a profilaxia para infecções oportunistas com Bactrim e Azitromicina.

Exames solicitados: Sorologia para vírus Epstein-Barr virus: IgM não reagente e IgG reagente (75,5). Hemocultura e Líquor sem alterações. Investigação de causas infecciosas de diarreia crônica: Isospora belli, Microsporídeos e Criptosporidium negativos; presença de Giárdia lamblia. Foi prescrito Albendazol 400mg uma vez ao dia por 3 dias, sem melhora do quadro diarreico.

15/03/17: Tomografia de abdome e pelve: Moderada dilatação de alças intestinais delgadas por conteúdo líquido, formando níveis hidroaéreos. Prescrito loperamida 2mg (2cp 2x/d) com melhora leve do quadro diarreico.

22/03/17: PCR Citomegalovírus 106 cópias/ml e em 06/04/17 fundoscopia sem alterações. Houve piora do quadro diarreico (10 ou mais evacuações ao dia) com distensão abdominal importante. Feito a hipótese de Citomegalovirose e prescrito Ganciclovir. Houve persistência do quadro e a medicação foi suspensa (27/04/17) após resultado negativo da Imuno-histoquímica para CMV e Herpes vírus.

27/04/17: Início da investigação de causas não infecciosas (Doença celíaca, intolerância à lactose, Doenças Inflamatórias Intestinais). Solicitado Auto-anticorpos Anti-endomísio e Anti-transglutaminase, resultado negativo. Teste de D-xilose foi solicitado, mas não foi liberado pelo sistema. Foi prescrito Dieta sem lactose e sem glúten prescrita por uma semana e Prednisona 40 mg (prova terapêutica para Doença de Crohn e inflamação pelo HIV) por 5 dias, ambos suspensos sem melhora do quadro.

Durante as próximas semanas houve melhora parcial do quadro diarreico com diminuição dos frequência e melhora da consistência. Foi mantida a TARV regular. Colonoscopia do dia 15/05/17 sem alterações. O paciente permaneceu internado por 75 dias e recebeu alta com melhora do quadro diarreico, frequência de uma a duas evacuações ao dia e consistência sólida. Foi feito o diagnóstico de Enteropatia relacionada ao HIV

Conclusões: O paciente apresentou quadro diarreico crônico progressivo, grave e debilitante, associado a infecção pelo HIV. As hipóteses de causas infecciosas foram: TB, CMV, Herpes, doenças oportunistas do trato gastrointestinal (Microspora, Isospora e Criptosporídio), e para não infecciosas: Doença celíaca, Intolerância à lactose e Doenças Inflamatórias Intestinais. Todas as hipóteses foram descartadas com base em exames e provas terapêuticas.

Ao final da internação, concluímos que o quadro é característico de enteropatia relacionada ao HIV, sendo diagnosticado após a exclusão das causas infecciosas e não infecciosas e associado a melhora da diarreia com o tratamento da SIDA.

Referências:

- 1) Kasper, DL. et al. **Harrison Medicina Interna**, v.2. 19ª. Edição. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2016
- 2) PUPULIN, Áurea Regina Telles et al. Enteropatógenos relacionados à diarreia em pacientes HIV que fazem uso de terapia anti-retroviral. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop., Uberaba**, v. 42, n. 5, p. 551-555, Oct. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822009000500013&lng=en&nrm=iso>. acesso em 10 Out. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822009000500013>.

DIETA CETOGÊNICA: UMA ALTERNATIVA EFICAZ NA TERAPIA DE DOENÇAS NEUROLÓGICAS E NEURODEGENERATIVAS?

Palavras-chave: Terapias dietéticas. Corpos cetônicos. Desordens neurológicas.

Autores: Priscila Mendes Nobre, Universidade Católica de Brasília (cila_mnobre@hotmail.com), Maria Fernanda C. G. de Souza (castioni@yahoo.com.br), Fabiani L. R. Beal (fabiani@ucb.br), Msc. Fernanda Bassan Lopes da Silva, Universidade Católica de Brasília (Fernanda.silva@ucb.br)

Introdução

As doenças neurológicas e neurodegenerativas consistem em distúrbios de causas multifatoriais caracterizados por danos neurológicos e pela degeneração progressiva e/ou morte neuronal, e acometem milhares de pessoas em todo o mundo (JPND, 2017; OMS, 2016). O tratamento para essas desordens ainda é limitado, visto que muitos mecanismos fisiopatológicos permanecem desconhecidos. Diante disso, terapias dietéticas têm sido sugeridas como alternativas terapêuticas ao tratamento medicamentoso, entre as quais se destaca a dieta cetogênica (DC). Há hipóteses de que essa dieta, caracterizada por elevado teor de lipídios e restrição de carboidratos, possua propriedades neuroprotetoras, podendo atuar de forma benéfica no controle de diversas condições neurológicas (GANO; PATEL; RHO, 2014; HALCZUK, 2009). Essa revisão tem como objetivo verificar os efeitos e eficácia da DC nas doenças neurológicas e neurodegenerativas.

Materiais e Métodos

Trata-se de uma revisão da literatura com busca nos bancos de dados PubMed, *Science Direct* e Google Acadêmico. As palavras chaves utilizadas para a busca foram dieta cetogênica, desordens neurológicas, doenças neurodegenerativas, epilepsia e os respectivos termos na língua inglesa. Foram incluídos estudos em animais e em humanos, nas línguas inglesa e portuguesa, publicados no período de 2001 - 2017.

Resultados e Discussão

Durante a DC, há uma diminuição das reservas de glicose e uma superprodução de moléculas de acetil-coA, que são convertidas em corpos cetônicos (beta-hidroxibutirato-BHB, o acetoacetato-ACA e a acetona) num processo conhecido como cetogênese. Por imitar o estado fisiológico do jejum, há alguns anos a DC tem sido empregada como uma alternativa terapêutica eficaz para a Epilepsia, e vem sendo sugerida como uma alternativa na terapia de doenças neurológicas e

neurodegenerativas, como Doença de Parkinson (DP) e a Doença de Alzheimer (DA), devido a sua capacidade de melhorar a função mitocondrial. (BRANCO *et al.*, 2016; DANIAL *et al.*, 2013; GASIOR; ROGAWSKI; HARTMAN, 2006; PAOLI *et al.*, 2013).

Estudos mostram que essa dieta aumenta os níveis séricos de corpos cetônicos, que funcionam como uma fonte alternativa de energia ao cérebro, exercendo efeitos anti-inflamatórios, antioxidantes e antiapoptóticos capazes de alterar a excitabilidade neuronal e atenuar os danos decorrentes dessas doenças. Embora alguns resultados ainda sejam contraditórios, há evidências de que a DC é capaz de reduzir a frequência e cessar de crises convulsivas (LAMBRECHTS *et al.*, 2016; PATEL *et al.*, 2010), melhorar cognição, memória e diminuir os níveis da proteína beta amiloide (A β) em pacientes com DA (BROWNLOW *et al.*, 2013; REGER *et al.*, 2004; VAN DER AUWERA *et al.*, 2005), melhorar a função motora e níveis de dopamina em pacientes com DP (VANITALLIE *et al.*, 2005; YANG; CHENG, 2010), conforme **Tabela 1**.

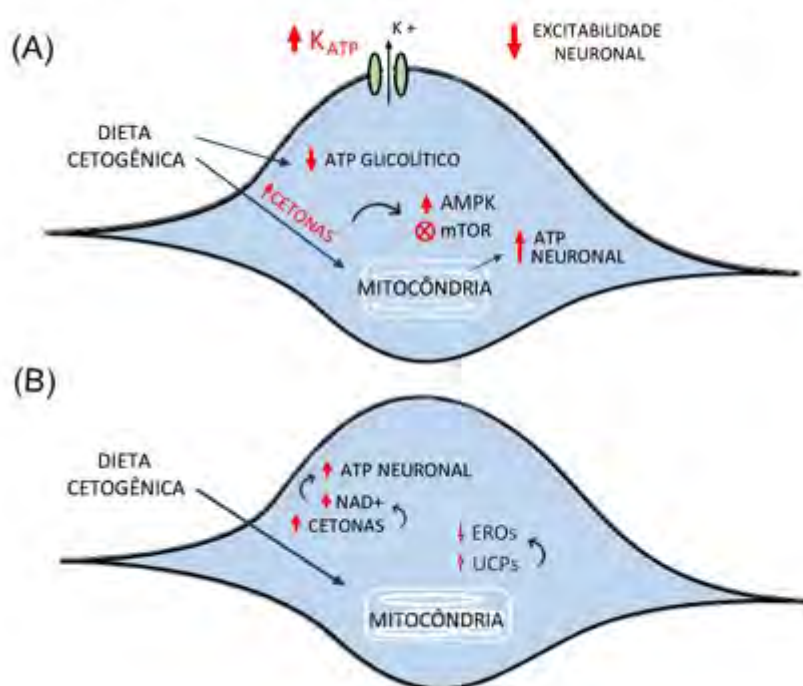
Tabela 1. Resultados dos estudos acerca dos efeitos e eficácia da DC nas desordens neurológicas e neurodegenerativas.

Fonte	Amostra	Resultados
Lambrechts <i>et al.</i> , 2016	Crianças e adolescentes com epilepsia refratária.	Redução >50% ou > 90% nas crises: 38,5% Livre convulsão: 11,5%
Patel <i>et al.</i> , 2010	Indivíduos epiléticos com descontinuação da DC por uma média de 6 anos.	78% dos indivíduos que descontinuaram a dieta tiveram uma melhora >50% nas crises convulsivas.
Van der Auwera <i>et al.</i> , 2005.	Modelos de ratos com DA.	Redução de 25% nos níveis das proteínas A β 40 e A β 42 e aumento nos níveis de BHB, sem melhora cognitiva.
Brownlow <i>et al.</i> , 2013.	Modelo de ratos com DA, (deposição da tau ou A β .)	Maior concentração sérica de BHB e menor índice glicêmico, associada a melhora cognitiva.
Reger <i>et al.</i> , 2004.	Adultos e idosos com DA, APOE-E4 (-) e (+)	ApoE-E4 (-): melhor utilização de corpos cetônicos, melhora cognitiva e no teste de memória. ApoE-E4 (+): menor utilização dos corpos cetônicos Maiores níveis de BHB associados a melhora no teste de memória.
Yang & Cheng, 2010	Ratos com DP induzida.	Melhor função motora, maior número de neurônios dopaminérgicos, maiores níveis de dopamina e menor produção de citocinas inflamatórias.
Vanitallie <i>et al.</i> , 2005	Adultos com DP.	Maior concentração sérica de corpos cetônicos associada a uma redução de 43% nos escores da UPDRS.

Contudo, os mecanismos ação da DC permanecem desconhecidos, havendo algumas hipóteses, como: mudanças bioenergéticas e mitocondriais; alteração dos canais iônicos; alteração da síntese de neurotransmissores excitatórios e inibitórios; atividade antioxidante, redução na produção de

espécies reativas de oxigênio (EROs); restrição glicolítica; inativação da via mTOR, entre outros, conforme **Figuras 1A e 1B** (DANIAL *et al.*, 2013; GANO; PATEL; RHO, 2014; HALLBOOK *et al.*, 2012; STAFSTROM; RHO, 2012). Como qualquer terapia, a DC apresenta efeitos colaterais, sendo os mais comuns: constipação, desidratação, acidose, distúrbios gastrointestinais, hipoglicemia e litíase renal. (HALCZUK, 2009; KESSLER *et al.*, 2011; ROLA; VASCONCELOS, 2014). No entanto, esses efeitos são pouco abordados pelas literaturas, sendo desconhecido o real impacto da DC.

Figura 1. Possíveis mecanismos da Dieta Cetogênica (BRANCO *et al.*, 2016; MAALOUF; RHO; MATTSON, 2009; STAFSTROM; RHO, 2012; YELLEN, 2008).



Conclusão

A DC se mostra uma alternativa terapêutica possivelmente eficaz para a Epilepsia, a Doença de Alzheimer e a Doença de Parkinson, sendo capaz de atenuar a progressão e as alterações provocadas por essas desordens. Contudo, sua utilização carece de uma investigação mais profunda, já que alguns resultados se mostram contraditórios e os estudos são escassos. Uma maior investigação acerca dos efeitos colaterais se mostra importante, a fim de elaborar condutas preventivas, tornando essa terapia mais segura.

Referências Bibliográficas

- BRANCO, Ana F. et al. Ketogenic diets: from cancer to mitochondrial diseases and beyond. **European Journal Of Clinical Investigation**, Portland, v. 46, n. 3, p.285-298, 15 fev. 2016.
- BROWNLOW, Milene L. et al. Ketogenic Diet Improves Motor Performance but Not Cognition in Two Mouse Models of Alzheimer's Pathology. **Plos One**, [s.l.], v. 8, n. 9, p.1-10, 12 set. 2013.
- DANIAL, Nika N. et al. How Does the Ketogenic Diet Work? Four Potential Mechanisms. **Journal Of Child Neurology**, Saint Louis, v. 28, n. 8, p.1027-1033, ago.
- GANO, Linday B.; PATEL, Manisha; RHO, Jong M.. Ketogenic diets, mitochondria, and neurological diseases. **Journal Of Lipid Research**. Calgary, p. 2211-2228. 20 maio 2014.
- GASIOR, Maciej; ROGAWSKI, Michael A.; HARTMAN, Adam L.. Neuroprotective and disease-modifying effects of the ketogenic diet. **Bahavioural Pharmacology**, Baltimore, v. 17, p.431-439, set. 2006
- HALCZUK, Iwona. The Ketogenic Diet. **Pharmacological Reports**. Lublin, p. 573-588. 2009.
- HALLBÖÖK, Tove et al. The effects of the ketogenic diet on behavior and cognition. **Epilepsy Research**, Baltimore, v. 100, n. 3, p.304-309, jul. 2012.
- JPND, Joint Programme – Neurodegenerative Disease Research. **WHAT IS NEURODEGENERATIVE DISEASE?** Disponível em: <<http://www.neurodegenerationresearch.eu/about/what/>>. Acesso em: 10 fev. 2017.
- KESSLER, Sudha K. et al. Dietary therapies for epilepsy: Future research. **Epilepsy & Behavior**, [s.l.], v. 22, n. 1, p.17-22, set. 2011.
- LAMBRECHTS, D. A. J. E. et al. A randomized controlled trial of the ketogenic diet in refractory childhood epilepsy. **Acta Neurologica Scandinavica**, [s.l.], v. 135, n. 2, p.231-239, 29 mar. 2016.
- MAALOUF, Marwan; RHO, Jong M.; MATTSON, Mark P.. The neuroprotective properties of calorie restriction, the ketogenic diet, and ketone bodies. **Brain Research Reviews**, [s.l.], v. 59, n. 2, p.293-315, mar. 2009.
- OMS, Organização Mundial da Saúde. **What are neurological disorders?** 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/features/qa/55/en/>>. Acesso em: 20 fev. 2017.
- PAOLI, Antonio et al. Beyond weight loss: a review of the therapeutic uses of very-low-carbohydrate (ketogenic) diets. **European Journal Of Clinical Nutrition**, [s.l.], v. 67, n. 8, p.789-796, 26 jun. 2013.
- PATEL, Amisha et al. Long-term outcomes of children treated with the ketogenic diet in the past. **Epilepsia**, Baltimore, v. 51, n. 7, p.1277-1282, 1 fev. 2010.

- REGER, Mark A. et al. Effects of β -hydroxybutyrate on cognition in memory-impaired adults. **Neurobiology Of Aging**, [s.l.], v. 25, n. 3, p.311-314, mar. 2004.
- ROLA, Marta; VASCONCELOS, Carla. Dieta Cetogênica – Abordagem Nutricional. **Nutricias**, Ermesinde, v. 22, p.16-19, out. 2014.
- STAFSTROM, Carl E.; RHO, Jong M.. The Ketogenic Diet as a Treatment Paradigm for Diverse Neurological Disorders. **Frontiers In Pharmacology**, Calgary, v. 3, p.1-8, abr. 2012. .
- VAN DER AUWERA, Ingrid et al. A ketogenic diet reduces amyloid beta 40 and 42 in a mouse model of Alzheimer's disease. **Nutrition & Metabolism**, [s.l.], v. 2, n. 1, p.1-8, 2005.
- VANITALLIE, T. B. et al. Treatment of Parkinson disease with diet-induced hyperketonemia: A feasibility study. **Neurology**, [s.l.], v. 64, n. 4, p.728-730, 22 fev. 2005.
- YANG, Xinxin; CHENG, Baohua. Neuroprotective and Anti-inflammatory Activities of Ketogenic Diet on MPTP-induced Neurotoxicity. **Journal Of Molecular Neuroscience**, [s.l.], v. 42, n. 2, p.145-153, 24 mar. 2010.
- YELLEN, Gary. Ketone bodies, glycolysis, and KATPchannels in the mechanism of the ketogenic diet. **Epilepsia**, [s.l.], v. 49, p.80-82, nov. 2008.

DIFICULDADES NO ALEITAMENTO MATERNO E REPERCUSSÕES NO DESMAME PRECOCE

Luiza Ferreira Pinto, UCB, ferrisluiza@gmail.com

Lia Mara Mesquita Rosa, UCB, liamaraucb@gmail.com

Ana Paula Barroso de Melo, UCB, paulabdemelo@gmail.com

Demétrio Antônio Gonçalves da Silva Gomes, UCB, demetriogoncalves@hotmail.com

Palavras-chave: Amamentação. Maternidade. Leite humano. Lactação. Lactante.

INTRODUÇÃO

A prevalência de crianças menores de 6 meses em aleitamento materno exclusivo no Brasil, em 2008, era de cerca de 41%, indicador considerado ruim pela OMS (BRASIL, 2009). Isto se deve, em parte, devido à técnica inadequada de amamentação e dificuldades apresentadas pelas mães durante esse processo. Estudos realizados em diversos países, bem como na Suécia, Austrália e Reino Unido, mostraram que a correção da técnica de amamentação, ainda na maternidade, aumenta a prevalência do aleitamento exclusivo (WEIGERT, 2005). Cabe, portanto, aos profissionais de saúde conhecer a técnica adequada de amamentação e os fatores que podem dificultá-la, a fim de orientar as lactantes e reduzir as taxas de desmame precoce.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa na base de dados PubMed, utilizando o descritor “breastfeeding difficulties” e no Google Acadêmico e SciElo, com o descritor “dificuldades no aleitamento materno”. Não houve restrição quanto ao ano de publicação, nem ao idioma do artigo. Foram selecionados estudos longitudinais e transversais que se enquadram no tema proposto da presente revisão bibliográfica, ou seja, que abordam as dificuldades no aleitamento e sua relação com o período de amamentação. Foram consultados, ainda, documentos publicados pelo Ministério da Saúde do Brasil cujo conteúdo apresentasse assuntos pertinentes ao tema deste trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Brasil é considerado referência mundial em amamentação, apresentando taxas de amamentação exclusiva até os primeiros seis meses superiores às dos Estados Unidos, Reino Unido e China, fato este que contribuiu para a queda de 80% na mortalidade de crianças menores de cinco anos entre 1990 e 2014 (BRASIL, 2016). Contudo, apesar dos esforços empreendidos pela

Organização Mundial da Saúde (OMS), em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), voltados para a ampliação do tempo de aleitamento materno, os resultados no Brasil e no mundo ainda estão muito aquém das recomendações da OMS.

Tal fato se deve, em grande parte, aos ainda elevados índices de desmame precoce, dos quais as dificuldades de amamentação são causas frequentes. Tais dificuldades são consequências de uma técnica inadequada de amamentação, que ocorre, principalmente, em virtude da falta de informações e orientações dadas às lactantes. De acordo com Barbosa et al. (2017), uma má técnica dificulta o processo de sucção e de esvaziamento da mama pelo recém-nascido, o que interfere na dinâmica de produção do leite, contribuindo para que a mãe introduza precocemente outros alimentos, levando, assim, ao desmame.

Entre os fatores que dificultam a amamentação podem-se citar: posicionamento inadequado mãe-bebê, pega inadequada, utilização de mamadeiras e chupetas, ingurgitamento mamário, mamilos doloridos/trauma mamilar, infecções mamilares, candidoses, fenômeno de Raynaud, bloqueio dos ductos lactíferos, mastite, abscesso mamário, galactocele e baixa produção de leite (GIUGLIANI, 2004; WEIGERT et al., 2005). O peso que essas dificuldades de amamentação exercem sobre o desmame precoce pode ser evidenciado no trabalho de Bergman et al. (2011), no qual aproximadamente um terço das mulheres que interromperam a amamentação dentro de um mês do pós-parto o fizeram em função desses problemas.

Em relação ao posicionamento mãe-bebê, alguns dos sinais de técnica incorreta são: bebê distante da mãe; cabeça e tronco do bebê não alinhados; queixo do bebê não tocando o seio; e bebê não apoiado firmemente (WEIGERT et al., 2005). A não correção do posicionamento acarreta desconforto tanto para a mãe quanto para a criança, tornando o processo de amamentação desprazeroso. Por outro lado, a orientação da nutriz acerca do correto posicionamento facilita a pega adequada e torna as mamadas mais eficientes.

No que concerne à pega inadequada, Rocci e Fernandes (2014) relataram ser este o maior obstáculo à continuidade da amamentação e enfatizaram o fato de o apoio às mães ser determinante para o sucesso ou abandono do aleitamento. O uso de bicos artificiais (chupeta e mamadeira) também contribui para o desmame precoce devido ao fenômeno conhecido como “confusão de bicos”, segundo o qual o bebê sente dificuldade em adotar a configuração oral correta para efetuar a pega e a ordenha da mama depois de exposto a um bico artificial, o que o leva a recusar o peito e aumentar o intervalo entre as mamadas (ELIAS et al., 2017).

Os problemas na amamentação que são acompanhados de dor mamária, tais como ingurgitamento mamário, mamilos doloridos/trauma mamilar, fenômeno de Raynaud, bloqueio dos

ductos lactíferos, mastite e infecção mamilar, podem repercutir de forma negativa sobre o ato de amamentar (CASTELLI; MAAHS; ALMEIDA, 2014), uma vez que a dor consiste em impedimento físico bastante frequente para a continuidade da amamentação.

A impressão de “leite fraco” ou “pouco leite” é uma queixa recorrente entre as puérperas, apesar de a maioria das mulheres ser capaz de produzir leite suficiente para atender a demanda do filho (GIUGLIANI, 2004; ROCCI; FERNANDES, 2014). Tal queixa, muitas vezes, consiste em uma percepção equivocada da mãe, que se sente insegura quanto a real capacidade do seu leite de nutrir adequadamente o bebê. Rocci e Fernandes (2014) alertam, ainda, para o fator cultural que pode acompanhar a percepção errônea de leite fraco. Segundo as autoras, opiniões negativas de familiares e amigos a respeito da quantidade de leite produzida levam a lactante a desconfiar das potencialidades de seu leite.

No entanto, aspectos relacionados a uma má técnica de amamentação, como pega inadequada, ingurgitamento mamário e uso de bicos artificiais, bem como mamadas infrequentes e de curta duração dificultam o esvaziamento completo da mama, trazendo como consequência uma verdadeira baixa produção de leite (BRASIL, 2015).

CONCLUSÕES

Pode-se perceber, portanto, que a falta de orientação da puérpera acerca da amamentação acarreta em diversas dificuldades e inseguranças em relação a este processo, bem como sensação de leite fraco e insuficiente, posição e pega inadequada do bebê, ingurgitamento, trauma mamilar, utilização de mamadeiras e consequente confusão de bicos, entre outros, os quais tornam o aleitamento desagradável e acarretam no desmame precoce. Dessa forma, é fundamental que os profissionais de saúde conheçam a técnica correta e os indicativos da inadequada, a fim de orientar as nutrizes e promover o aleitamento materno no período adequado.

As dificuldades que se apresentam durante a amamentação podem ser facilmente resolvidas com orientações simples, que vão desde o estímulo a ordenha para evitar a estase do leite e o consequente ingurgitamento até a correção da técnica de amamentação. Tais orientações devem ser dadas ainda na maternidade pelos profissionais de saúde, que, além de cumprir esse papel, devem prestar todo o apoio à lactante, no sentido de encorajá-la e dotá-la de autoconfiança para iniciar e prolongar o aleitamento pelo período recomendado pela OMS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARBOSA, G. E. F. et al. Initial breastfeeding difficulties and association with breast disorders among postpartum women. **Rev Paul Pediatr**, v. 35, n. 3, p. 265-72. 2017.
- BERGMAN, S. et al. Factors associated with discontinuation of breastfeeding before 1 month of age. **Acta Paediatrica**, p. 55-60. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil é referência mundial em amamentação**. 2016. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2016/08/brasil-e-referencia-mundial-em-amamentacao>>. Acesso em 12 out. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. Cadernos de Atenção Básica. 2. ed. n. 23. Brasília: Ministério da Saúde. 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf>. Acesso em 12 out. 2017.
- CASTELLI, C. T. R.; MAAHS, M. A. P.; ALMEIDA, S. T. Identificação das dúvidas e dificuldades de gestantes e puérperas em relação ao aleitamento materno. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 1178-1186. 2014.
- ELIAS, C. L. L. F. et al. **Uso de chupeta em crianças amamentadas: prós e contras**. 2017. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Aleitamento-_Chupeta_em_Crianças_Amamentadas.pdf>. Acesso em 12 out. 2017.
- GIUGLIANI, E. R. J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **J Pediatr (Rio J)**, v. 80, n. 5 suppl., p. 147-154. 2004. Disponível em: <<http://www.jped.com.br/conteudo/04-80-S147/port.asp>>. Acesso em 11 out. 2017.
- ROCCI, E.; FERNANDES, R. A. Q. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 1, p. 22-27. 2014.
- WEIGERT, E. M. L. et al. Influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação. **J Pediatr (Rio J)**, v. 81, n. 4, p. 310-316. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572005000500009&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em 11 out. 2017.

EFEITO DO EXERCÍCIO SOBRE A PRESSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E SUA CORRELAÇÃO COM OS MARCADORES DE ESTRESSE OXIDATIVO

Autores

Fernanda Guedes Ferreira Universidade Católica de Brasília ferferreira.med@gmail.com,

Isabella da Silva Ameida Universidade Católica de Brasília isabela_bel1001@hotmail.com,

Laís Macedo Gomes da Nóbrega Universidade Católica de Brasília laismgnobrega@gmail.com,

Yomara Lima Mota Universidade Católica de Brasília yomara@ucb.br,

Verusca Najara de Carvalho Cunha Rodrigues Universidade Católica de Brasília

verusca.rodrigues@ucb.br

Palavras-chave: Hipotensão pós-exercício. Exercício físico aeróbico. Tratamento não-farmacológico. Espécies reativas de oxigênio.

Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e possui uma alta prevalência no Brasil. A atividade física vem sendo indicada por profissionais de saúde como um meio efetivo para controle da HAS. Uma única sessão de exercício físico é capaz de promover uma redução dos níveis pressóricos, em relação aos valores em repouso, o que é denominado hipotensão pós-exercício (HPE), e que pode perdurar por até 22 horas após a sessão. O que também é visto, como efeito crônico de redução do níveis pressóricos, nos casos de treinamento físico continuado. As modificações do exercício não ficam restritas apenas ao sistema cardiovascular, mas também se estendem ao processo de aumento de radicais livres devido, principalmente, ao aumento acentuado do consumo de O₂ pelos tecidos e atividade metabólica celular. A produção de radicais livres durante o exercício depende principalmente da frequência, intensidade, duração e tipo. Os exercícios de alta intensidade podem estar associados a danos musculares e a produção elevada de espécies reativas de oxigênio e nitrogênio, o que desencadeia a peroxidação lipídica e promove modificações de ácidos nucleicos e proteínas. Em contrapartida, o exercício de intensidade moderada altera positivamente o status redox de células e tecidos, por diminuir os níveis basais de danos oxidativos e aumentar a resistência ao estresse oxidativo graças ao aumento da defesa antioxidante. É importante lembrar ainda que os antioxidantes são substâncias capazes, em baixas concentrações, de competir com substratos oxidáveis e, consequentemente, inibirem ou atrasarem a oxidação desses substratos. Portanto, o presente estudo tem como objetivo

elucidar o efeito hipotensor do exercício e sua correlação benéfica com os marcadores de estresse oxidativo quando realizado com intensidade moderada e de forma continuada.

Materiais e Métodos

O presente estudo caracteriza-se como revisão de literatura, e sua elaboração partiu do levantamento de publicações, relacionadas ao tema abordado. Foram realizadas pesquisas nas bases de dados SciELO e google acadêmico, utilizando os descritores exercício e estresse oxidativo e hipertensão arterial e exercício.

Resultados e Discussão

Estudos tem indicado o exercício físico aeróbico como sendo ideal para o controle da pressão arterial, pois provoca melhora no condicionamento físico, reduz o trabalho excessivo do coração e melhora a vascularização periférica. Isso ocorre devido a diminuição dos níveis de norepinefrina plasmática, redução do tônus simpático renal e muscular, atenuação da resposta simpática, aumento da volemia, diminuição da frequência cardíaca, aumento da atividade de enzimas aeróbicas e diminuição do acúmulo de lactato muscular. A ocorrência de hipotensão pós-exercício parece depender do nível pressórico observado antes da realização da sessão. Em indivíduos que apresentam valores de pressão arterial mais elevados, a hipotensão parece ser de maior magnitude. Outras características do exercício importantes para o efeito hipotensor mais acentuado são a duração e a intensidade da atividade. Um programa regular prevalecendo a atividade aeróbica, com intensidade leve a moderada (60% do VO_2 máximo) e duração entre 45 a 60 minutos, em pelo menos 3 vezes por semana, parecem apresentar resultados mais satisfatórios e são mais indicados para redução da pressão arterial. Além das alterações cardiovasculares que uma única sessão ou exercício contínuo geram na pressão arterial, é preciso também analisar sua relação com os marcadores de estresse oxidativo. Os radicais livres (RL) são compostos altamente reativos por possuírem um elétron não-pareado na órbita mais externa, que podem conduzir a uma série de danos celulares ao organismo. O exercício físico intenso promove elevação na produção de espécies reativas de oxigênio (EROs) podendo colaborar para o aumento do estresse oxidativo nos tecidos. Como consequência, as defesas antioxidantes, principalmente, as defesas enzimáticas (catalase, glutathione peroxidase e superóxido dismutase) podem estar diminuídas e isso gera prejuízo das funções celulares, como ataque dos radicais livres às membranas celulares e organelas (peroxidação lipídica). O que não acontece no caso do exercício de intensidade moderada, em que

existe uma alteração positiva do status redox, no qual mesmo com a estimulação de geração de RL, ocorre um aumento da atividade enzimática antioxidante.

Conclusão

É conhecido na literatura que o exercício físico aeróbico é capaz de promover um efeito hipotensor em indivíduos com hipertensão arterial, sendo eficaz como parte de um tratamento não-medicamentoso para a hipertensão leve a moderada. Além disso, sabe-se que o exercício físico gera modificações metabólicas que promovem elevação aguda de EROs nas células, podendo colaborar para o fenômeno de peroxidação lipídica e consequente dano a tecidos e órgãos na presença de uma resposta antioxidante insuficiente no organismo. No entanto, o exercício de intensidade moderada, executado de forma contínua, com duração aproximada de 45 min é capaz de gerar resposta positiva em relação ao estresse oxidativo, além de contribuir na redução da pressão arterial. A partir disso, percebemos a importância de novos estudos que correlacionem a duração e intensidade do exercício físico com os marcadores de estresse oxidativo para o auxílio na criação de programas de exercícios que beneficiem indivíduos hipertensos.

Referências Bibliográficas

- Castelli A.C, Arruda F, Simões G.CG. **O efeito do exercício físico aeróbico na hipertensão arterial.** Trabalho de Conclusão de Curso. Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium. Araçatuba. p.244-255, 2007.
- CRUZ et al. O Efeito Hipotensor do Exercício Aeróbico: uma Breve Revisão. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde.** v.15,n 4, p.479-486, 2011.
- J.M.F. Antunes-Neto et al. Biomarcadores de estresse oxidativo: novas possibilidades de monitoramento em treinamento físico. **Revista Brasileira Ciência e Movimento.**v.13, n 3, p.73-80, 2005.
- Pereira B, Souza Junior T.P. Exercício físico intenso como pró-oxidante: mecanismos de indução de estresse oxidativo e consequências. **Revista Brasileira Ciência e Movimento.** v.16, n 3, p.1-26, 2008.
- Petry É.R, Alvarenga M.L, Cruzat V.F, Tirapegui J. Exercício físico e estresse oxidativo: mecanismos e efeitos. **Revista Brasileira Ciência e Movimento.** v.18, n 4, p.90-99, 2010.
- VANCINI et al. Influência do exercício sobre a produção de radicais livres. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde.** v.10, n 2, p.47-58, 2005.

FATORES DE RISCO DA HORMONIOTERAPIA: UMA REVISÃO LITERÁRIA

Marina Souza Rocha, Universidade Católica de Brasília, marinasouzarocha95@gmail.com

Pedro Henrique Ferreira Gonzatti, Universidade Católica de Brasília, ph.gonzatti@hotmail.com

Thalita Ramos Ribeiro, Universidade Católica de Brasília, thalitarr@gmail.com

Camila Pereira Rosa, Universidade Católica de Brasília, camilapr.95@gmail.com

Lara Mundim Alves de Oliveira, Universidade Católica de Brasília, lara.mundialves@hotmail.com

Palavras-chaves: Neoplasias. Tromboembolismo. Cognição. Osteoporose. Aterosclerose.

INTRODUÇÃO:

Segundo a Organização Mundial de Saúde, menopausa corresponde a um ponto no tempo onde as menstruações são cessadas definitivamente devido à perda da função ovariana. Clinicamente, esse ponto corresponde a um ano após a última menstruação.

Com a falência ovariana, os níveis hormonais (sobretudo de estrogênio) declinam, trazendo diversos sintomas físicos, metabólicos e psicossociais nessa nova fase da vida da mulher.

Foi pensando nessas alterações e queixas da saúde feminina que a terapia de reposição hormonal (TRH) foi idealizada, como forma de reduzir ou minimizar as queixas e prevenir diversos eventos adversos como doenças cardiovasculares e demências.

Contudo, com o advento da TRH, novos estudos, pesquisas e efeitos foram sendo observados, mostrando novos efeitos colaterais, novos benefícios, além de novos riscos para a saúde da mulher. O objetivo do presente trabalho é demonstrar os principais fatores de risco envolvidos na hormonioterapia pós-menopausa e seus principais benefícios.

MÉTODOS:

Foi realizada uma revisão de diversas revisões sistemáticas, consensos e diretrizes com busca em bases de dados como PUBMED, SCIELO, JAMA e MEDLINE com as seguintes palavras-chave: *terapia hormonal*, *menopausa*, *climatério*, “*menopause*” e “*hormonal therapy*” no mês de agosto de 2017. Foram incluídas publicações que avaliaram o impacto da TRH em mulheres

durante o climatério e na pós-menopausa e ainda o tempo de uso, publicadas no período de 2014 a 2017.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A TRH vem sendo utilizada nos últimos anos como forma de alívio para os sintomas que ocorrem no climatério e na pós-menopausa e para efeito na redução da incidência de algumas comorbidades que se tornam mais comuns nessa fase da vida da mulher. Como exemplo, podem ser citados: fogacho, osteoporose, doenças cardiovasculares, diminuição da lubrificação vaginal, diminuição da libido e perda de massa e performance musculares. Dessa forma, a TRH possui riscos e benefícios a serem analisados pelo prescritor a partir das características de cada paciente. Os efeitos colaterais mais importantes são o aumento do risco de desenvolver neoplasias malignas e fenômenos tromboembólicos.

A literatura mostra que em mulheres com menos de 60 anos de idade ou com 10 anos da menopausa, os benefícios da TRH são superiores aos riscos. Entretanto, o risco de neoplasias malignas, principalmente, as que ocorrem na mama, no endométrio e nos ovários, depende do tipo de terapia utilizada, levando em conta os seguintes critérios: a via de administração, a medicação, a dose, o tempo de utilização e a idade da paciente.

Outro fator importante é que em alguns estudos os autores defendem que o risco de neoplasias não é aumentado, portanto, a TRH apenas promove o crescimento de células malignas que ainda não haviam se manifestado.

Foi observado ainda que um dos fatores que aumentam o risco de neoplasias malignas é o uso da TRH por mais de 5 anos. Idealmente a paciente deveria fazer o uso por 3 a 5 anos e esse risco dependeria também principalmente do IMC (Índice de Massa Corpórea) da paciente, do histórico de câncer na família e do tipo de terapia utilizada.

Em relação à TRH, na maioria das formulações é um combinado de estrogênio e de progesterona. O estrogênio leva à proliferação do endométrio e a progesterona causa atrofia do mesmo. Os estudos mostram que o risco de câncer de endométrio aumenta nas reposições com estrogênio isolado e diminui naquelas com estrogênio e progesterona combinados. Portanto, as pacientes hysterectomizadas não necessitam de TRH com progestágeno associado, com exceção daquelas com diagnóstico de endometriose.

Em relação ao risco tromboembólico, a literatura mostra que pode ser aumentado em até 2 vezes em relação às mulheres que não utilizam TRH, sendo maior naquelas que são obesas, maiores de 60 anos, portadoras de trombofilia e as que estão em pós-operatório ou em imobilização. Além

disso, depende ainda da via de administração do estrogênio e dos tipos e dosagens de progestágenos utilizados. Estudos têm demonstrado que a monoterapia por via transdérmica apresenta resultados mais seguros quanto ao risco tromboembólico do que a terapia combinada por via oral.

Os benefícios da TRH estão relacionados à redução de doenças cardiovasculares, de osteoporose, de déficit cognitivo e de neoplasias do trato gastrointestinal. A TRH diminui a velocidade de formação das placas ateroscleróticas e favorece a vasodilatação, prevenindo a doença coronariana. Ainda há evidências de que a TRH é capaz de diminuir o risco da demência por doença de Alzheimer em 29-44% das mulheres e também há comprovação da preservação da massa óssea por ação estrogênica.

Por fim, os trabalhos mostram que é necessária a realização de mais estudos sobre como a TRH altera o funcionamento da célula e quais são os reais impactos a longo prazo da reposição hormonal para a saúde da mulher.

CONCLUSÃO

A TRH se mostra como grande aliada à manutenção da saúde da mulher no climatério e na pós-menopausa. Seus efeitos benéficos de redução dos sintomas vasomotores, proteção cardiovascular, manutenção das massas muscular e óssea e auxílio na manutenção da vida sexual da mulher são consolidados na literatura médica.

Entretanto, os seus riscos e efeitos colaterais ainda geram fragmentação e discussão acerca do uso dessa linha de tratamento. Considera-se os riscos de neoplasias malignas, sobretudo endométrio, mama e ovários, como os principais pontos de discussão. Como abordado no trabalho, são fatores que devem ser ponderados no momento da escolha da medicação.

Sendo assim, é recomendado que a paciente e seu médico ginecologista avaliem os riscos e os benefícios para decidir pelo uso da TRH e escolha da melhor combinação, avaliando os fatores individuais e o histórico familiar para tomar essa decisão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BEDIN, Rafaela; GASPARIN, Vanessa Aparecida; PITILIN, Érica de Brito. Fatores associados às alterações cérvico-uterinas de mulheres atendidas em um município polo do oeste catarinense Factors associated to uterine-cervix changes in women assisted in a pole town in western Santa Catarina. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 9, n. 1, p.167-175, 10 jan. 2017. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.167-174>.

2. HOFFMAN, Barbara L. et al. A Mulher Madura. In: HOFFMAN, Barbara L. et al. **Ginecologia de Williams**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 581-601.
3. HOFFMAN, Barbara L. et al. Transição Menopáusic. In: HOFFMAN, Barbara L. et al. **Ginecologia de Williams**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 554-581.
4. LAAKKONEN, Eija K. et al. Estrogenic regulation of skeletal muscle proteome: a study of premenopausal women and postmenopausal MZ cotwins discordant for hormonal therapy. **Aging Cell**, [s.l.], p.1-12, 7 set. 2017. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/accel.12661>.
5. OLIVEIRA, Polyanna Carôzo de; CERQUEIRA, Eneida de Moraes Marcílio; MEIRELES, José Roberto Cardoso. Avaliação de danos genéticos e apoptose em mulheres menopausadas que fazem uso da terapia de reposição hormonal. **Reprodução e Climatério**, Universidade Estadual de Feira de Santana, v. 3, n. 31, p.163-168, nov. 2016.
6. PARDINI, Dolores. Terapia de reposição hormonal na menopausa. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, [s.l.], v. 58, n. 2, p.172-181, mar. 2014. FapUNIFESP (SciELO).
7. PLAZA-PARROCHIA, Francisca et al. Endometrium and steroids, a pathologic overview. **Steroids**, [s.l.], v. 126, p.85-91, out. 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.steroids.2017.08.007>.
8. SOOD, Richa; FAUBION, Stephanie S; KUHLE, Carol L. Prescribing menopausal hormone therapy: an evidence-based approach. **International Journal Of Women's Health**, Mayo Clinic, v. 6, p.47-57, jan. 2014.
9. SOUTO, Natasha et al. Hormone replacement therapy in menopause as a risk factor for developing breast cancer. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 6, n. 3, p.1302-1312, 1 jul. 2014. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO.
10. VAIDYA, D. et al. Association of Sex Hormones With Carotid Artery Distensibility in Men and Postmenopausal Women: Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. **Hypertension**, [s.l.], v. 65, n. 5, p.1020-1025, 9 mar. 2015. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1161/hypertensionaha.114.04826>.

FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC) NA COMUNIDADE DURANTE III FEIRA DE SAÚDE NO XII CONGRESSO MÉDICO DA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA

Francisco Caetano Rosa Neto, Universidade Católica de Brasília, francisconeto1994@hotmail.com

Gabriela Piantino, Universidade Católica de Brasília, gabipiantino@gmail.com

Kétuny da Silva Oliveira, Universidade Católica de Brasília, ketunyoliveira@gmail.com

Jennifer Ludmilla Rodrigues, Universidade Católica de Brasília,

jenny.rodriguesdacunha@gmail.com

Luana Cicília Sousa da Silva, Hospital Regional de Taguatinga, luanacicilia@icloud.com

Palavras chave

Nefrologia. Doença cardiovascular. Mudança de estilo de vida. Prevenção.

INTRODUÇÃO

Doença Renal Crônica (DRC) é definida como a lesão do parênquima renal visualizada à ultrassonografia ou redução da função renal mensurada pela Taxa de Filtração Glomerular estimada (TFGe) abaixo de 60ml/min/1.73m² por 3 meses ou mais, associada a perda das funções regulatórias, excretórias e endócrinas do rim presentes em estágios avançados. Hoje, o Brasil possui 112.004 pacientes em Terapia Renal Substitutiva (TRS) dialítica, de acordo com dados coletados pela Sociedade Brasileira de Nefrologia provenientes no mês de Junho de 2014, constatando um aumento de 5% em sua prevalência comparado aos anos de 2011 a 2014. No entanto, presume-se que estes números cheguem a mais de 1.500.000 brasileiros portadores de alteração da função renal em estágio inicial, silenciosa e assintomática, o que dificulta seu diagnóstico e intervenção precoce. Trata-se de um problema de saúde pública perante ao alto impacto econômico e social sobre o sistema de saúde brasileiro no manejo dos pacientes que se encontram em estágios finais da DRC. Portanto, é essencial avaliar e acompanhar populações com fatores de risco com o objetivo de diagnosticar e intervir precocemente e, assim, prevenir ou retardar a disfunção renal e reduzir sua mortalidade.

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a principal etiologia de DRC no Brasil com índices de aproximadamente 40%, seguido pelo Diabetes Mellitus (25%) que corresponde a principal causa em países desenvolvidos. Ademais, portadores de doenças cardiovasculares, história familiar de DRC, hiperlipidemia, obesidade, proteinúria, idosos e uso de substâncias nefrotóxicas contemplam

o grupo de risco que merecem atenção nas Estratégias de Ações de Saúde e que devem ser encaminhados precocemente ao Nefrologista, haja vista que o índice de mortalidade se torna o dobro quando o diagnóstico é tardio. Além disso, o estilo de vida que abrange a alimentação, a prática de atividades físicas e o tabagismo, podem predizer o desenvolvimento de complicações descritas acima contribuindo para a ocorrência das implicações nefrológicas. Esse trabalho tem como objetivo avaliar a prevalência de fatores de risco associados à DRC na população que participou da III Feira de Saúde do XII Congresso Médico da UCB.

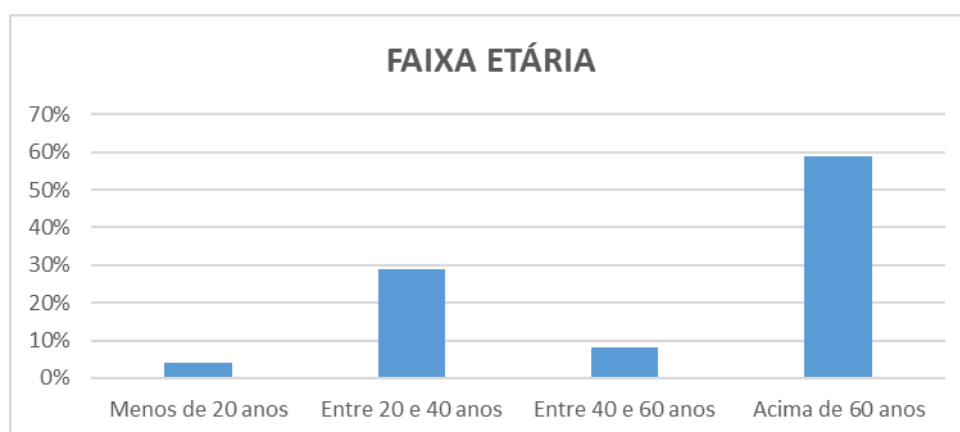
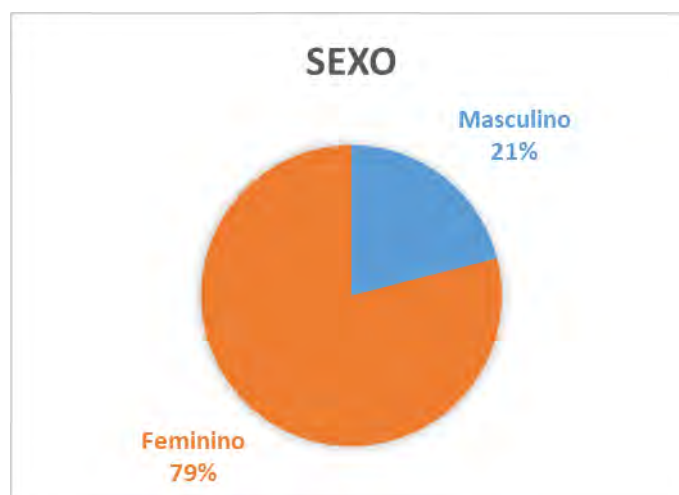
MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se de um estudo transversal de base populacional durante a III Feira de Saúde no XII Congresso Médico da Universidade Católica de Brasília em Maio de 2017. A coleta de dados foi elaborada por meio de um formulário fornecido pela Liga de Nefrologia da UCB para os participantes do evento após receberem orientações gerais de saúde em Nefrologia. Além disso, foram utilizados também dados do cartão de avaliação clínica e laboratorial efetuadas previamente na feira de saúde.

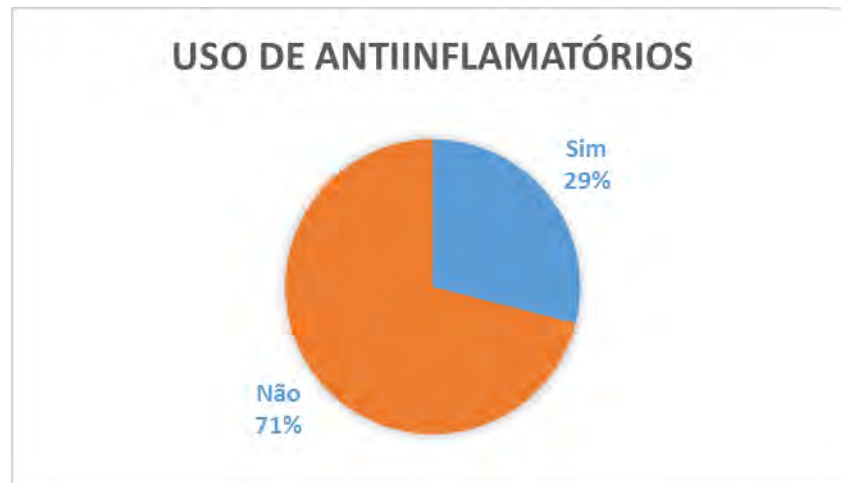
Foram excluídos da avaliação aqueles que se recusaram a participar da pesquisa e os que não seguiram todos os passos do protocolo. O formulário foi constituído por idade, avaliação antropométrica (peso, altura, IMC e circunferência abdominal), nível pressórico, glicemia capilar ao acaso, diagnóstico prévio de HAS e DM, tabagismo, prática de atividade física, avaliação subjetiva da alimentação e uso de medicamentos potencialmente nefrotóxicos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

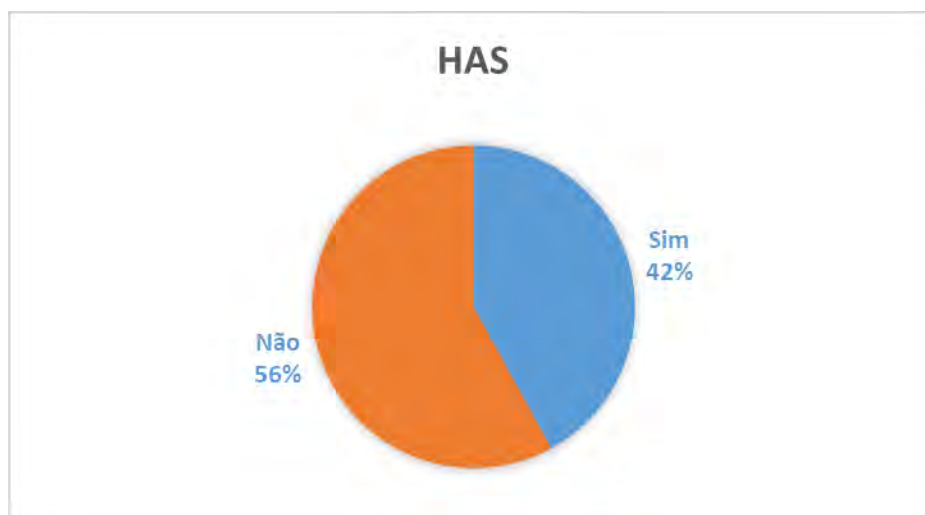
Foram avaliados 24 formulários, destes, 7 participantes eram do sexo masculino (21%) e 19 do sexo feminino (79%). A idade variou entre 19 e 79 anos, sendo 1 com menos de 20 anos (4%), 7 entre 20 e 40 anos (29%), 2 entre 40 e 60 anos (8%) e 14 acima dos 60 anos (59%), contemplando o maior grupo de participantes. Sabe-se que a idade avançada é um fator de risco de DRC não modificável, informação que ganha importância diante do aumento da expectativa de vida em todo mundo, trazendo implicações clínicas, histológicas e fisiológicas importantes dentro da especialidade nefrológica.



Ao passar dos anos a filtração glomerular reduz de forma invariável, secundária as comorbidades crônico-degenerativas adquiridas no processo de envelhecimento sob a forma de esclerose glomerular encontrada em 30 a 50% dos glomérulos de idosos. Além disso, o idoso apresenta altos índices de acometimento musculoesquelético, como osteoporose, fraturas, osteoartrose e dores em geral, levando ao consumo irracional e indiscriminado de anti-inflamatórios, medicamento nefrotóxico que sabidamente pode causar insuficiência renal. O risco de evolução para uma insuficiência renal aumenta, ainda, quando o idoso é polimedicado o que favorece o surgimento de efeitos adversos e interações medicamentosas. Foi constatado que 29% dos entrevistados, todos acima de 65 anos, relataram o uso crônico de anti-inflamatórios sem prescrição médica e sem conhecimento de seus malefícios para os rins.

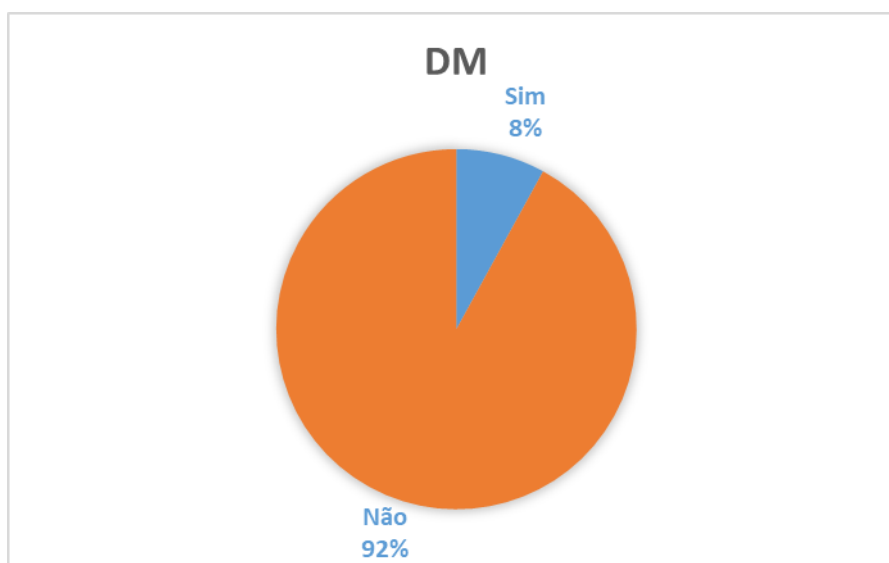


Dentre os entrevistados foi observado, ainda, que 42% eram hipertensos, 8% eram diabéticos e 8% eram tabagistas. A HAS é um fator de risco modificável e representa a principal causa de DRC terminal no Brasil. Seu tratamento adequado é capaz de reduzir a mortalidade cardiovascular e a progressão da DRC. Para isso é essencial o uso de fármacos que bloqueiam o Sistema Renina-Angiotensina (SRA), como os Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) e Bloqueadores do Receptor de Angiotensina (BRA), reconhecidos como fármacos nefro-protetores.

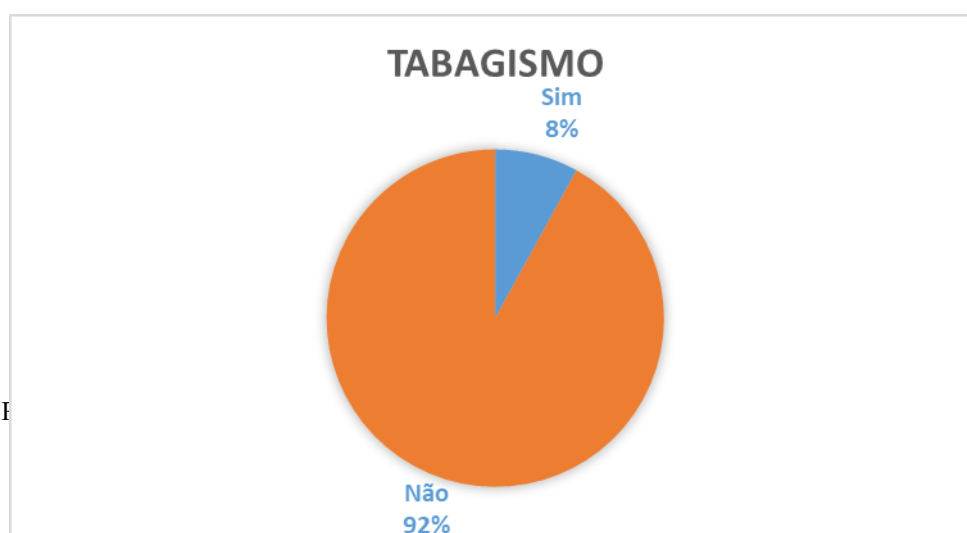


A hiperglicemia crônica é tida como fator etiológico e progressivo da doença renal, responsável pela segunda principal causa de DRC em pacientes com falência funcional renal e em TRS no Brasil. Assim como a HAS, o manejo adequado de seus valores é capaz de reduzir a progressão da lesão renal pelo diabetes.

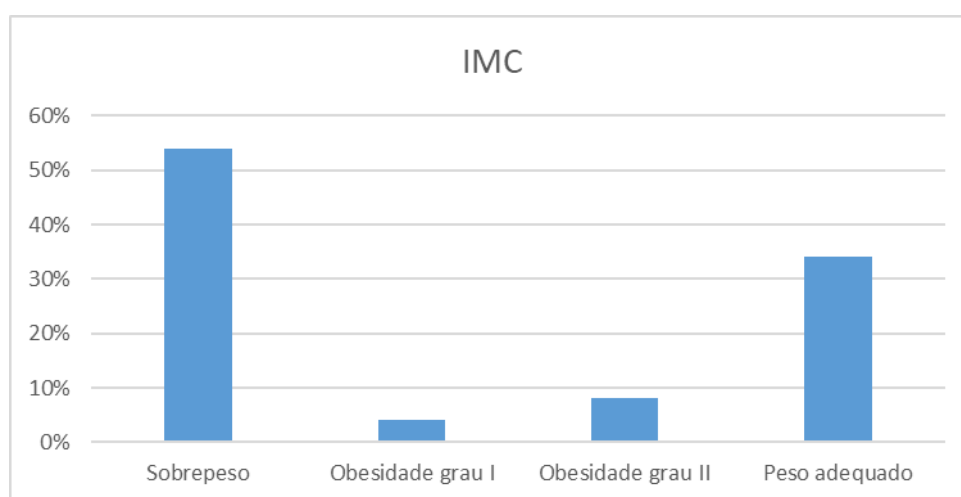
Estudos sugerem que a meta de hemoglobina glicada deva ser de aproximadamente 7%, não havendo a necessidade de mantê-la abaixo desse valor diante do risco de hipoglicemia. No entanto, é um desafio estabelecer este nível recomendado devido a dificuldade dietética complexa, baixa aderência e limitação ao uso de medicamentos amplamente utilizados no manejo do paciente diabético sem doença renal, como a metformina que é contraindicada em estágios mais avançados da DRC (4 e 5). Atualmente, outras drogas antidiabetogênicas parecem possuir efeitos de nefroproteção, como os análogos de GLP-1, inibidores de DPP-4 e os inibidores de cotransportadores de sódio e glicose tipo 2 (SGTL-2).



O tabagismo, por sua vez, já é reconhecido como fator de risco para doenças cardiovasculares, o que implica indiretamente à DRC, neoplasias e doenças pulmonares. Recentemente, estudos observacionais têm sugerido e acrescentado o tabagismo como fator de risco na progressão da DRC e como fator etiológico independente na doença glomerular nodular caracterizada pelos nódulos de Kimmelstiel Wilson, antes patognomônica de Nefropatia Diabética.



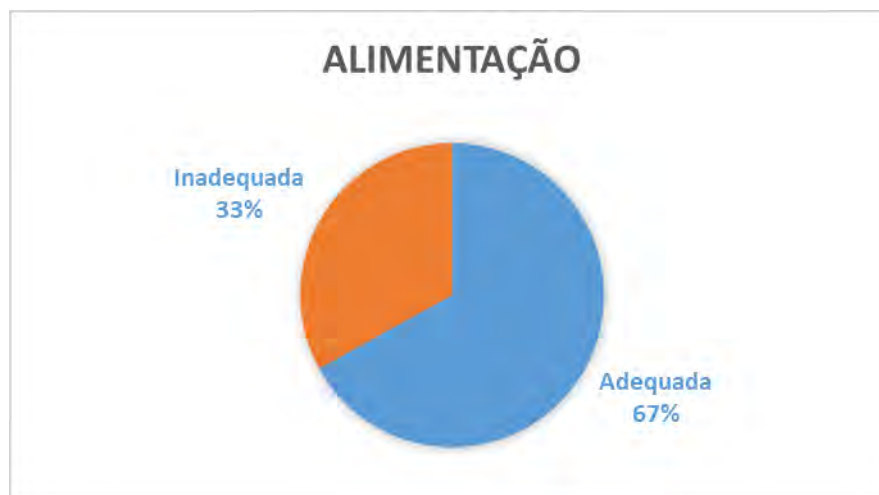
Na avaliação do IMC constatou-se que 54% estavam com sobrepeso, 4% com obesidade grau I, 8% com obesidade grau II e somente 34% com peso adequado. Diante de sua importância epidemiológica e sua repercussão nefrológica, neste ano de 2017 o tema do dia mundial do rim, comemorado no dia 9 de Março, foi sobre a Doença Renal e Obesidade – Estilo de Vida Saudável para Rins Saudáveis, com o objetivo de divulgar informações relacionadas à prevenção das doenças renais. Hoje, já há evidência de que a obesidade é um fator de risco independente ao desenvolvimento de doença renal sugerido pela associação encontrada entre o excesso de peso e alterações renais hemodinâmicas, estruturais, metabólicas e histológicas.



Na avaliação da prática de atividade física evidenciou-se que 75% realizam exercícios aeróbios, musculação ou hidroginástica. Embora os parâmetros de intensidade, frequência e duração não foram bem estabelecidos, a prática dessas atividades possui efeitos benéficos na capacidade funcional, muscular e qualidade de vida de pacientes em DRC terminal, sendo um instrumento de modalidade terapêutica em portadores de DRC. Além disso, a prática de atividades físicas é uma forma de prevenção e tratamento de comorbidades como HAS, DM e obesidade, as quais, como já citado, são importantes fatores de risco para o desenvolvimento de DRC.



Na avaliação da alimentação, evidenciou-se que a maioria dos entrevistados (67%) consideram alimentar-se adequadamente. A alimentação adequada, assim como a atividade física, é uma forma de melhorar a qualidade de vida de pacientes portadores de DRC e prevenir comorbidades que possam desencadear ou agravar uma doença renal.



CONCLUSÃO

Apesar do número pequeno da amostra analisada, o presente estudo sugere que a falta de conhecimento acerca dos fatores de risco para o desenvolvimento de DRC ainda é significativo na comunidade, havendo então a necessidade de maior mobilização para orientação da população por

meio de políticas de ação e saúde que os informem quanto a importância de se ter um hábito de vida saudável e manter o controle rigoroso de suas comorbidades, como a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus para uma boa manutenção da função renal. Além disso, o estudo foi de encontro à literatura ao estabelecer que o uso de AINEs não prescrito é alto na faixa etária acima de 60 anos somado ao desconhecimento sobre seu potencial risco ao sistema renal. É importante ressaltar que, tanto a avaliação da prática de atividade física quanto da alimentação foram subjetivas, dependendo apenas do julgamento do entrevistado.

Portanto, a DRC é passível de prevenção e controle, o que requer diagnóstico e intervenção precoce devendo ser investigada em pacientes no grupo de risco, dentre eles os idosos, hipertensos, diabéticos, tabagistas, dislipidêmicos e obesos, de maneira a reduzir o impacto social e econômico à sociedade e, primariamente, otimizar a qualidade de vida do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, P. F; SESSO, R. C. C; RAMOS, L. R. **Aspectos renais no idoso**. J Bras Nefrol, v.20, n. 2, p. 158-65, 1998.
- BASTOS, M. G; BREGMAN, R; KIRSZTAJN, G. M. **Doença Renal Crônica: Frequente e Grave, mas também prevenível e tratável**. Rev Assoc Med Bras, v.56, p. 248-53, 2010.
- BASTOS, M. G; OLIVEIRA, D. C. Q; KIRSZTJAN, G. M. **Doença renal crônica no paciente idoso**. Revista HCPA. Minas Gerais, v. 01, n. 31, p. 52-65, 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2015: **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunta/2015_vigite1.pdf>. Acesso em 20/10/2017
- DIEGOLI, H; SILVA, M. C. G; MACHADO, D. S. B. Nova Cruz CER. **Encaminhamento tardio ao nefrologista e a associação com mortalidade em pacientes em hemodiálise**. J. Bras. Nefrol, v.37 n. 1, p. 32-7, 2015.
- GORDAN, P. A. **Grupos de risco para doença renal crônica**. Jornal Brasileiro de Nefrologia, v. 28, n. 3, p. 8-11, setembro, 2006.
- MATOS, J. P. S; LUGON, J. R. **Hora de conhecer a dimensão da doença renal crônica no Brasil**. J. Bras. Nefrol, v. 36, n. 3, p. 267-8, 2014.

- MCCLEALLAN, W. M.; LANGSTON, R. D; PRESLEY, R. **Medicare patients with cardiovascular disease have a high prevalence of chronic kidney disease and a high rate of progression to end-stage renal disease.** J Am Soc Nephrol, v. 15, p. 1912–1919, 2014.
- MCCLEALLAN, W. M. **Epidemiology and risk factors for chronic kidney disease.** Med Clin North Am, v. 89, n. 3, p. 419-45, May 2005.
- PAULA, R.B. et al. **Obesidade e doença renal crônica.** J. Bras. Nefrol., v.28, n.3, p.158-164, 2006.
- SCHUELTER-TREVISOL, F; TREVISOL, D. J. **Avaliação da função renal em idosos: um estudo de base populacional.** J. bras. Nefrol, v.36, n. 3, 2014.
- SESSO, R. C; LOPES A. A; THOMÉ, F. S; LUGON, J.R; MARTINS, C. T. **Inquérito brasileiro de diálise crônica 2014.** J Bras Nefrol, v. 38, n. 1, p. 54-61, 2016.
- SILVA, M. G; LOURENÇO, E. E. **Uso indiscriminado de antiinflamatórios em Goiânia-GO e Bela Vista-GO.** Revista Científica do ITPAC, v. 7, n. 4, p. 139-145, out 2014.
- STENGEL, B; TARVEL-CARR, M. E; POWE, N. R; EBERHARDT, M. S; BRANCATI, F. L. **Lifestyle factors, obesity and the risk of chronic kidney disease.** Epidemiology, vol. 14, pg. 479-87, 2013.
- VITORINO, N. A; SALGADO, C.M; SANTANA, F. J; SALGADO, L. **Identificando fatores de risco para desenvolvimento de doença renal crônica entre escolares.** J Bras Nefrol, v. 34, n. 3, p. 278-82, 2012.
- VUPPUTURI, S; SANDLER, D. P. **Lifestyle risk factors and chronic kidney disease.** Ann Epidemiol, v. 13, p. 712–720, 2003.

FUNCIONALIDADE DA PESSOA IDOSA EM ATENDIMENTO DOMICILIAR DO SETOR PÚBLICO⁸.

Adriano Filipe Barreto Grangeiro⁹; Lucy de Oliveira Gomes¹⁰; Mônica Elinor Alves Gama¹¹; Alinne Suelma dos Santos Diniz¹²; Nair Portela Silva Coutinho¹³.

INTRODUÇÃO

O aumento da população idosa brasileira é fato marcante por suas peculiaridades e consequências, uma vez que transcorre aceleradamente num contexto de desigualdades sociais e acesso limitado aos serviços de apoio especializado que atendam essa faixa etária (SANTOS; PAVARINI. BRITO, 2010).

O Brasil caminha rapidamente para um perfil demográfico mais envelhecido, caracterizado por uma transição epidemiológica, em que as Doenças Crônico-Degenerativas, também conhecidas como Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) ocupam lugar de destaque. O incremento das doenças crônicas implica na necessidade de adequações das Políticas Públicas, particularmente aquelas voltadas para atender as crescentes demandas nas áreas da Saúde, Previdência e Assistência Social (MENDES, 2011).

Estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo em 61 idosos, realizado em São Paulo, no Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso, idade variando de 65 a 101 anos, foi verificado que 77% eram semidependentes para as atividades de vida diária (AVDs), 19,7% totalmente dependentes e apenas 3,3 % eram independentes, sendo que a maior dependência nas atividades estava relacionadas ao autocuidado. Quanto às patologias, 67.2% apresentavam hipertensão arterial. Os autores concluíram que as pessoas idosas do programa apresentam fragilidade e a avaliação gerontológica é imprescindível para detectar fatores de risco e permitir intervenções que contribuam

⁸ Trabalho de pesquisa baseado na Dissertação de Mestrado do primeiro autor.

⁹ Docente da Fundação Universidade Federal do Tocantins (Câmpus de Tocantinópolis) e Doutorando do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gerontologia da Universidade Católica de Brasília, e-mail: filipe@uft.edu.br.

¹⁰ Docente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gerontologia da Universidade Católica de Brasília, e-mail: lucygomes2006@hotmail.com

¹¹ Docente do Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, e-mail: monica.gama@ufma.br

¹² Graduação em Enfermagem, Especialista em Gerontologia/Saúde do Idoso e Residente em Clínica Médica Cirúrgica, e-mail: dinizalinne@hotmail.com

¹³ Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, e-mail: nairportelaufma@gmail.com

para a melhor qualidade do serviço e assistência na saúde do idoso (NAGAOKA; LEMOS; YOSHITOME, 2010).

O objetivo deste estudo foi relacionar a funcionalidade da pessoa idosa inserida em atendimento domiciliar do setor público com as variáveis sociodemográficas.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa com idosos no Programa de Assistência Domiciliar ao Idoso Frágil (PADIF), em São Luís-Maranhão.

Os critérios de inclusão foram: indivíduo do sexo masculino e do sexo feminino, cadastrados e em acompanhamento no PADIF por um período igual ou maior a seis meses e que assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram excluídos da pesquisa: idosos que se desligarem do programa no período da pesquisa.

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos. O primeiro, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e o segundo, o Índice de Barthel que especificamente mede o grau de dependência funcional.

A análise de dados foi processada pelo programa estatístico SPSS (versão 20, 2011). Por meio do teste Shapiro-Wilk foi verificado a normalidade dos dados. Os procedimentos estatísticos utilizados foram de Mann Whitney e de Kruskal Wallis. O nível de significância aplicado em todos os testes foi de 5%, ou seja, considerou-se significativo quando $p < 0,05$.

Os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido e o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, sob o número do parecer: 492.583/2013.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 141 idosos cadastrados no Programa de Assistência Domiciliar ao idoso frágil. A tabela 01a 01b expõem as características sociodemográficas idosos. Os resultados mostram diferença estatisticamente significativa nas variáveis estado civil ($p=0,02$), renda mensal ($p=0,04$), nº de pessoas ($p=0,005$) e com quem reside ($p<0,001$) apresentando dependência moderada, severa e total para execução das atividades de vida diária.

Observa-se que idosos viúvos, com renda de 1 a 2 salários mínimos, que moram com alguma pessoa, principalmente familiares apresentam um maior nível de

Tabela 1a- Teste de Kruskal Wallis e o Student-Newman-Keuls da Classificação de Barthel dos idosos do PADIF. São Luís, 2014

Variável	N	Mediana	Student- Newman- Keuls	p
Admissão no Programa (meses)				
≥ 6 a < 12	42	Dep. Severa		0.485
≥ 12 a < 24	12	Dep. Total		
≥ 24 a < 36	18	Dep. Severa		
≥ 36	69	Dep. Severa		
Idade				
60 – 64	2	Dep. Leve		0.091
65 – 69	12	Dep. Moderada		
70 -74	22	Dep. Moderada/Severa		
75 – 79	23	Dep. Severa		
80 ou mais	82	Dep. Severa		
Cor				
Branca	44	Dep. Severa		0.347
Preta	25	Dep. Severa		
Parda	71	Dep. Severa		
Amarela	1	Dep. Severa		
Estado civil				
Casado	35	Dep. Severa	b	0.024
Solteiro	44	Dep. Moderada/Severa	c	
Viúvo	60	Dep. Severa/Global	a	
Separado	2	Dep. Moderada/Severa	c	
Escolaridade				

Analfabeto	43	Dep. Severa		0.135
De 1 a 3 anos	50	Dep. Severa		
De 4 a 7 anos	37	Dep. Severa		
8 ou mais anos	11	Dep. Moderada		
Situação econômica				
Empregado	3	Dep. Severa		0.443
Desempregado	2	Dep. Leve/Moderada		
Aposentado	113	Dep. Severa		
Pensionista	19	Dep. Total		
Outro	4	Dep. Leve/Moderada		
Renda mensal				
Até 1 salário mínimo	107	Dep. Severa	b	0.044
Mais de 1 até 2	27	Dep. Total	a	
Mais de 3 até 4	5	Dep. Severa	b	
4 ou mais	2	Dep. Severa/Moderada	c	
Nº de pessoas				
Nenhum	13	Dep. Leve	b	0.005
1	14	Dep. Severa	a	
2 a 4	69	Dep. Severa	a	
> 4	45	Dep. Severa	a	
Com que reside				
Sozinho	15	Dep. Moderada	b	< 0.001
Familiares	100	Dep. Severa	a	
Amigos	1	Dep. Moderada	b	
Outros	25	Dep. Moderada	b	

^{a,b,c} Letras diferentes significa $p < 0,05$ pelo teste de Student-Newman-Keuls.

A variável residir sozinho pode oferecer riscos e representar causa de problemas de saúde, especialmente porque pode haver menor vigilância da família (NUNES et al.,2009)

Os dados da PNAD demonstram que a capacidade funcional de idosos é fortemente influenciada pela renda domiciliar *per capita* – mostrando que há relação entre pior nível socioeconômico e maior incapacidade para realizar atividades devido a problemas de saúde (LIMA-COSTA et al., 2011), sendo observado na população do presente estudo dependência severa na realização das atividades básicas de vida diárias em idosos que recebem até um salário mínimo.

A avaliação da funcionalidade é um desafio a ser enfrentado, em virtude do envelhecimento ser um fenômeno heterogêneo e a influência dos diversos fatores pelas quais as pessoas idosas podem estar suscetíveis como os aspectos demográficos e socioeconômicos (BRITO et al., 2014).

CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos, percebeu-se que a funcionalidade tem impacto negativo na saúde da pessoa idosa em atendimento domiciliar do setor público.

É importante atuação da equipe interdisciplinar de forma sistematizada com Geriatra e especialistas em Gerontologia, visando promover e manter a habilidade funcional, propiciando um envelhecimento com qualidade de vida pelo sistema adequado de suporte social para a pessoa idosa e efetivação das políticas públicas, aspirando o planejamento e avaliação das ações por parte da assistência domiciliar através da equipe interdisciplinar.

Palavras-chave: Assistência Integral a Saúde do Idoso. Serviços de saúde para idosos. Classificação Internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde.

Referências bibliográficas

Brito, TA, Fernandes, MH, Coqueiro RS, Jesus, CS, Freitas, R. Capacidade funcional e fatores associados em idosos longevos residentes em comunidade: estudo populacional no nordeste do Brasil. **Fisioterapia e Pesquisa**. 2014; 21(4): 308-313.

Lima-costa MF, Matos DL, Camargos VP, Macinko J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). **Ciênc Saúde Coletiva**. 2011;16(9): 3689-96.

Mendes EV. **As redes de atenção à saúde**. 2a. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. Disponível em

http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965. Acesso em: 15 jan.2014.

Nagaoka C, Lemos N.de.FD, Yoshitome AY . Caracterização dos idosos de um programa de atendimento domiciliar quanto à saúde e à capacidade funcional. **Revista de Geriatria e Gerontologia**. 2010;4(3):129-34.

Nunes MR, Rita CL, Ribeiro CR, Rosado EFPL, Franceschini C. Influência das características sócio demográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. **Rev Bras Fisioterapia**, 2009; 13(5): 376-382

Santos AA, Pavarini SCI, Brito TRP. Perfil dos idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. **Esc.Ana Nery**, 2010; 14(3):496-503.

FUNGEMIA: A IMPORTÂNCIA DO DIA GNÓSTICO LABORATORIAL

Thais Dias Rego¹, Werick Mendes Amorim¹, Fabiana Nunes de Carvalho Mariz¹

1. Universidade Católica de Brasília – UCB

thaiss.dias95@gmail.com, wma.vps@gmail.com, marizfabianan@gmail.com

Introdução

Fungemia é a doença que corresponde com o isolamento de fungo na corrente sanguínea (COUTO, 2017). Esse micro-organismo conquista o terceiro ou quarto lugar como causa de infecção hospitalar e ocorre principalmente em pacientes hospitalizados com maior suscetibilidade tais como: imunodeprimidos por quimioterapia, portadores de tumores sólidos, câncer hematológico, receptores de transplantes (sob uso por tempo prolongado de corticoides ou outros imunossupressores), HIV positivos, intervenção cirúrgica gastrointestinal ou com pancreatite grave, queimados, doenças inflamatórias crônicas autoimunes, prematuros, idosos, e predominantemente nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (RUIZ, 2016). Na grande maioria dos casos, as altas taxas de morbidade e mortalidade ocasionadas pela fungemia está relacionada com a dificuldade de realizar um diagnóstico precoce, assegurando um tratamento rápido e efetivo (RUIZ, 2016). O objetivo desse estudo é destacar a importância do diagnóstico laboratorial na fungemia.

Materiais e Métodos

Este estudo constitui-se de uma revisão da literatura em artigos científicos, dados públicos e em livros presentes na Biblioteca da Universidade Católica de Brasília – Campus I, realizada em setembro de 2017.

Resultados e Discussão

Os fungos são encontrados no meio ambiente, em vegetais, no ar atmosférico, no solo e na água. Apesar de existirem 250 mil espécies, menos de 150 foram relatados como patógenos aos seres humanos. Os fungos de importância médica que causam micoses são definidos em dois tipos morfológicos, as leveduras, predominantemente unicelular e os fungos filamentosos (bolors), que são multicelulares (ANVISA, 2013). Esses agentes etiológicos começaram a ganhar relevância quando deixaram de ser encarados como contaminantes ou colonizantes, passando ter perfis oportunistas, tornando-se responsáveis por surtos de infecções hospitalares com alta taxa de letalidade, particularmente em pacientes imunossuprimidos (RUIZ, 2016).

Os gêneros *Aspergillus*, *Candida*, *Cryptococcus* e *Rhizopus sp.* eram classificados como contaminantes ambientais de baixa importância clínica, e no momento atual são conhecidos como agentes causadores de endocardites, infecções pulmonares, ceratites e outras infecções em pacientes imunodeprimidos. Deste modo, esses fungos são classificados como oportunistas e provais agentes de quadros infecciosos (ANVISA, 2013).

O gênero *Candida* presente na microbiota normal do corpo encontra-se colonizando pele, mucosas oral, intestinal e vagina. A contaminação por *Candida* na corrente sanguínea (candidemia) estabelece a maior parte das infecções fúngicas registradas em ambiente hospitalar. A candidemia está relacionada com uma elevada taxa de mortalidade entre 30 a 50% dos casos (RUIZ, 2016).

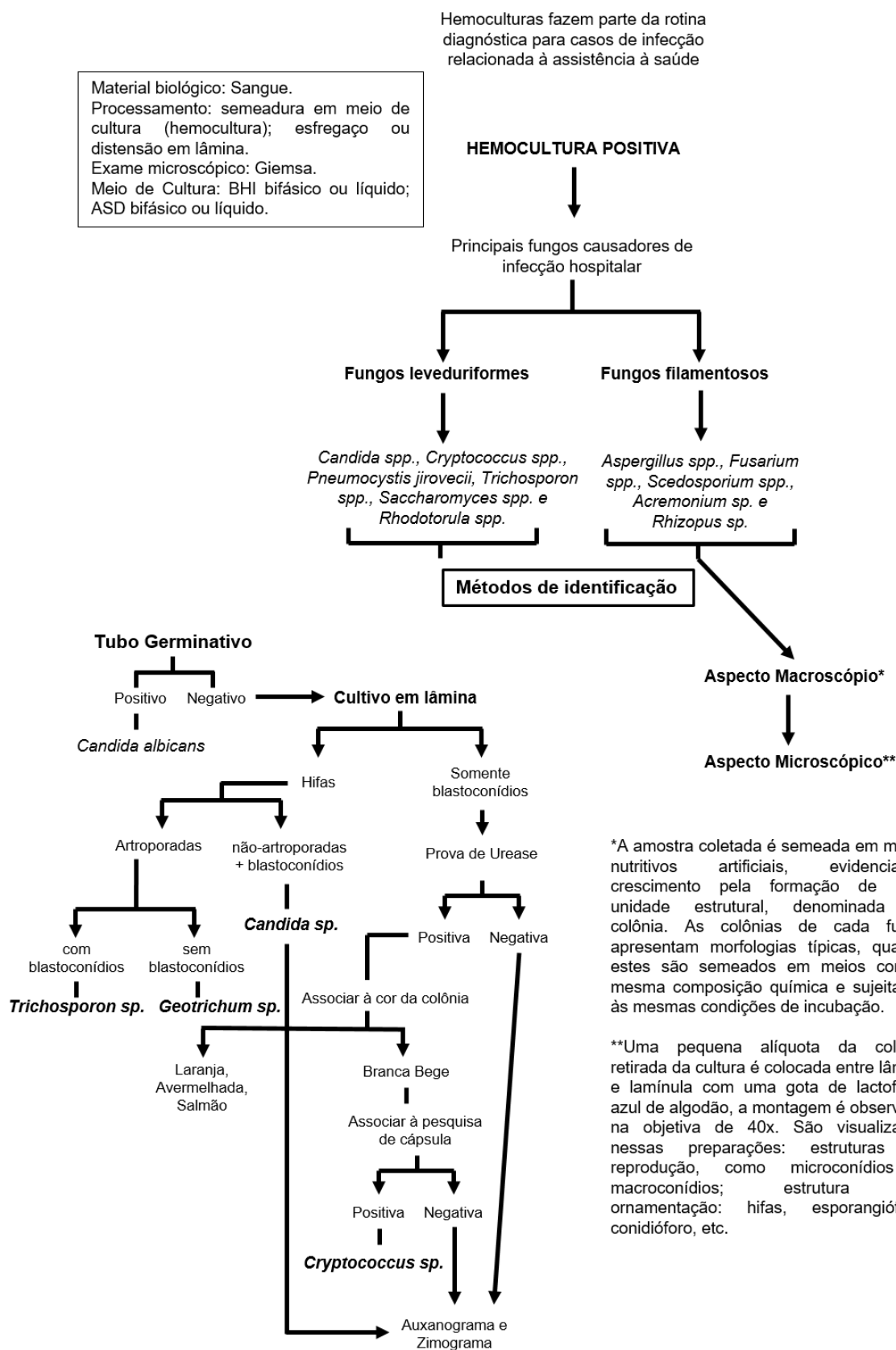
No ambiente hospitalar os fungos filamentosos presentes podem gerar infecção em pacientes suscetíveis. A inalação de esporos pode ser associada a reformas e construções sendo essa a via mais frequente de transmissão. Nesse sentido, surtos de aspergioloses, ocasionado pelo gênero *Aspergillus spp.*, é o mais relatado na literatura como fungo oportunista, principalmente em pacientes submetidos a transplante de medula óssea e neutropênicos (ANVISA, 2016).

Ademais, é recomendável a monitoração da presença desses micro-organismos, com exames micológicos em várias amostras biológicas coletadas de pacientes hospitalizados ou imunocomprometidos. A colonização pode ser indicada em culturas positivas, que podem sinalizar a doença invasiva subsequente. Estudo prospectivo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, mostrou que em 29 pacientes cirúrgicos de UTI, 38% desenvolveram infecção fúngica depois da colonização. A análise da colonização pode ser constatada por três ou mais amostras com o crescimento do mesmo fungo, coletadas do mesmo local ou de locais diferentes, do mesmo paciente, em dias diferentes (ANVISA, 2013).

Na figura 1 é apresentado um fluxograma que inicia com a coleta de sangue para a hemocultura, e sendo esta realizada e positiva, o passo seguinte é identificar o fungo que está presente no sangue do paciente. Assim, são feitas várias análises macroscópicas, microscópicas e provas bioquímicas para confirmar o gênero e espécie do fungo causador da fungemia.

Como relatado anteriormente, os fungos são responsáveis por infecções em ambiente hospitalar. O diagnóstico correto é essencial para reduzir a ocorrência de resistência aos antifúngicos, usualmente utilizados e disponíveis na rotina médica, e consequentemente reduzir mortalidade dos pacientes. Dessa forma, conhecer as manifestações clínicas, utilizar os melhores meios de cultura para o diagnóstico, identificar o gênero e a espécie do fungo causador da fungemia, possibilita existir um melhor planejamento da assistência ao paciente e intervir para que outros pacientes suscetíveis contraíam o mesmo fungo (RUIZ, 2016).

Figura 1- Fluxograma para identificação de fungos isolados em hemocultura positiva.



Fonte: Adaptado. (ANVISA, 2013; ANVISA 2017; SIDRIM, 2010).

Conclusão

Os fungos podem causar fungemia em pacientes susceptíveis e são responsáveis por infecções hospitalares com alta taxa de mortalidade. Nesse sentido, gêneros como *Arpergillus*, *Candida*, *Cryptococcus* e *Rhizopus sp* entre outros precisam ser isolados e identificados, em nível de gênero e espécie, por profissionais da área da saúde. O início rápido e correto do tratamento de uma fungemia pode salvar a vida do paciente.

Palavras-chave: UTI. Fungos. Hemocultura. Infecção hospitalar.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Módulo 8: **Deteção e identificação de fungos de importância médica** /Agência Nacional de Vigilância Sanitária.– Brasília: Anvisa, 2013.

Disponível em:

<http://ccihadm.med.br/legislacao/Microbiologia_clinica_ANVISA__Deteccao_e_identificacao_de_fungos.pdf>. Acesso em 20 de setembro de 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. 2º edição – Brasília: Brasília, 2017. Disponível em:

<http://sobecc.org.br/arquivos/Crit_rios_Diagn_sticos_de_IRAS__2_Ed.pdf>. Acesso em 20 de setembro de 2017.

COUTO, Fabíola Maria Marques do; MACEDO, Daniele Patrícia Cerqueira; NEVES, Rejane Pereira. Fungemia in a university hospital: an epidemiological approach. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba , v. 44, n. 6, p. 745-748, Dez. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822011000600018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de setembro de 2017. Epub Nov 23, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822011005000063>.

RUIZ, Luciana da Silva, PEREIRA, Virgínia Bodelão Richini. Importância dos fungos no ambiente hospitalar. **Bol Inst Adolfo Lutz**. 2016.

SIDRIM, José Júlio Costa, ROCHA, Marcos Fábio Gadelha. **Micologia médica à luz de autores contemporâneos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

HEMOGLOBINOPATIAS: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE TERAPIAS GÊNICAS

Karoll Lohanne Campos de Lima Monteiro, Universidade Católica de Brasília,

karoll.lohanne@gmail.com,

Elana de Araújo Silveira, Universidade Católica de Brasília, ellanna_@hotmail.com,

Larissa Martins Nunes, Universidade Católica de Brasília, lariissa.8456@hotmail.com,

Orientadora: Simone Cruz Longatti, Universidade Católica de Brasília, simonecl@ucb.br

Introdução

As hemoglobinas compõem mais de 95% do volume dos eritrócitos e possuem a principal função de transporte de gases, principalmente O₂ e CO₂. É formada por 4 cadeias globínicas, que são moléculas polipeptídicas e por uma porção heme, grupo prostético composto por um anel protoporfírico e um átomo de ferro. Qualquer mutação nos genes que codificam as cadeias globínicas, podem alterar o conteúdo hemoglobínico ou ainda modificar sua função no organismo, estas mutações por sua vez são chamadas de hemoglobinopatias. Um exemplo de hemoglobinopatia comum é causada por uma mutação na 6^a posição da cadeia globínica β , ocasionando a troca do aminoácido ácido glutâmico pela valina. Essa mutação leva à polimerização da hemoglobina, que falciza as hemácias acarretando uma doença falciforme (hemoglobinopatia S). Mutações relacionadas a produção ineficaz de cadeias globínicas também podem ser evidenciadas, como é o caso da β -talassemia, uma mutação que é conhecida pela expressão diminuída ou ausente do gene β -globina, promovendo excesso de α -globina no interior da hemácia, resultando na precipitação desta e rompimento da célula, desencadeando uma anemia hemolítica. Como tratamento padrão para hemoglobinopatias, utiliza-se o antineoplásico hidroxiureia, este fármaco estimula a produção de hemoglobina fetal em pacientes com a doença falciforme, caracterizando redução das falcizações e melhoras dos sintomas, principalmente as dores. Porém este tratamento é paliativo, ou seja, não fornece a cura clínica. Outra alternativa utilizada é o transplante de células tronco hematopoiéticas, que visa reestabelecer a hematopoiese do indivíduo e recuperar a função celular, apresentando 90% de eficácia. Entretanto, apenas 20% dos doentes tem acesso a esse recurso. Sendo assim, terapias alternativas ao transplante de medula óssea vêm sendo estudadas, com objetivo de maior alcance populacional. Atualmente, ferramentas de engenharia genética como: CRISPR – Cas 9 (Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats) e o uso de vetores virais são pesquisadas para realização de edições genômicas, com intuito de corrigir genes que expressam as cadeias globínicas mutadas. Esses métodos de edição podem gerar avanços científicos significativos, abrindo ampla possibilidade de uso para correções do genoma em diversas células e tecidos patológicos. Portanto,

o presente trabalho tem por objetivo realizar um levantamento bibliográfico sobre as diferentes aplicações terapêuticas genéticas disponíveis para o tratamento de hemoglobinopatia.

Material e Métodos

Foi realizado um levantamento bibliográfico de artigos entre os anos de 2011 a 2017, onde foi pesquisado nas plataformas eletrônicas: PubMed, SciELO, Medline e LILACS, as seguintes palavras-chaves: Hemoglobinopathies, Gene therapies e Viral vectors. Os critérios para a seleção de artigos foram baseados nos conteúdos abrangidos e idiomas (inglês). Sendo assim, foram selecionados 14 artigos. E como auxílio base os livros: “Manual de Hematologia Propedêutica e Clínica” da Therezinha Lorenzi de 2006, e o livro “Doenças que alteram os exames Hematológicos” do Flávio Naoum de 2011.

Discussão

Segundo Chandrakasan *et al* (2014), vetores retrovirais (RV) foram os primeiros a serem utilizados em ensaios clínicos e apresentavam regiões LTRs (Long Terminal Repeats) virgens intactas. Embora, esses vetores com LTR intactos tenham mediado altos níveis de expressão de genes que levam a melhora clínica, surgiu uma preocupação quanto a ativação de oncogenes celulares pela RV LTR (Long Terminal Repeats – Retroviral Vectors). Então, vetores de *Lentivírus* foram desenvolvidos utilizando-se a bioengenharia do HIV-1 (Human Immunodeficiency Virus-1) sem os elementos patogênicos. Com a evolução dos vetores *Lentivírus*, surgiu o vetor LV com design auto-inativador (SIN LV), onde se excluiu o promotor viral da região U3 da LTR 3' e uma deleção copiada para a LTR 5', minimizando assim a ativação de promotores celulares vizinhos e criando um perfil de segurança maior. O método consiste no isolamento, transformações de células tronco (utilizando vetores virais com o gene de interesse) e depois inserção deste na medula óssea. Segundo Ferrari, *et al* (2017), a terapia, para β -talassemia, derivada de vetores retrovirais, que expressam o gene da β -globina, após modificações como a retirada de íntrons e da poliadenilação houve melhoras das características do vetor, porém as quantidades expressas de globinas não foram terapêuticas. Após diversas otimizações desses vetores LV, as β -globinas foram expressas em maior quantidade e provaram a terapêutica, apresentando maior número de células tronco hematopoiéticas transformadas e com capacidade de passar essa correção genética para as células filhas, mesmo após transplante em camundongos. De acordo com ele, um paciente portador de HbE (Hemoglobinopatia E) dependente de transfusão sanguínea, após 1 ano de terapia com genética com um SIN LV (vetor LV com design auto-inativador), tornou-se independente desta, apresentando

níveis estáveis de hemoglobina. Segundo Tasan (2016), por sua vez, utilizou a edição genômica com três nucleases programáticas, pelos métodos TALENs (Transcription Activator-Like Effector Nucleases), CRISPR-9 (Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats) e ZFNs (Zinc-finger nucleases), visando corrigir a mutação em células falciformes. E assim, utilizá-las como terapias alternativas ao transplante de medula óssea.

Conclusões

Como alternativa aos transplantes de medula óssea, as técnicas de edição genômica com vetores retrovirais (RV), TALENs (Transcription Activator-Like Effector Nucleases), CRISPR-9 (Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats) e ZFNs (Zinc-finger nucleases) vêm sendo estudadas. De acordo com Chandrakasan *et al.*, (2014), na terapia gênica utiliza-se vetores pertencentes a família de retrovírus do *Lentivírus* em substituição dos vetores retrovírus devido ao seu design auto-inativador (SIN) e pela sua capacidade de transportar uma grande carga. Embora a segurança do uso de vetores *Lentivírus* tenha aumentado, vetores de vírus espumoso (FV) têm demonstrado um perfil de segurança potencialmente melhor, fornecendo vantagens únicas, quando comparado com os vetores existentes RV e LV (vetores retrovirais e *Lentivírus*). Entretanto, como os vetores RV, os vetores FV (vírus espumoso) requerem divisão celular antes da interação. Estudos demonstraram que os vetores de FV (vírus espumoso) como elemento regulador de α -globina HS40 resultaram em expressão estável de gene de β -globina humana em linhas eritróides e células eritróides derivadas de células CD34⁺ transduzidas por genes de pacientes com talassemia. Ainda, edições pelas técnicas de TALENs (Transcription Activator-Like Effector Nucleases), CRISPR-9 (Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats) e ZFNs (Zinc-finger nucleases), têm sido bastante utilizadas devido ao seu alto poder de isolamento de regiões de interesse para estudos de distúrbios genéticos.

Palavras – Chave: Hemoglobinas. Edição gênica. Vetor viral. Medula óssea.

Referências Bibliográficas:

1. AZEVEDO, Maria R. A. **CAP 5- A HEMOGLOBINA** in Hematologia Básica: Fisiopatologia e Diagnóstico Laboratorial I. Pag 57- 63. Editora: Revinter. 5ª Edição –RJ 2013.
2. CHANDRAKASAN, Shanmuganathan. *et al* **GENE THERAPY FOR HEMOGLOBINOPATHIES: THE STATE OF THE FIELD AND THE FUTURE** *Hematol Oncol Clin North Am.* 2014 April ; 28(2): 199–216. doi:10.1016/j.hoc.2013.12.003.

- Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4167426/> Acesso em: Setembro de 2017.
3. CHIASAKUL, Thita; UAPRASERT, Noppacharn. **IRON DEFICIENCY ANEMIA INTERFERING THE DIAGNOSIS OF COMPOUND HETEROZYGOSITY FOR HB CONSTANT SPRING AND HB PAKSÉ: THE FIRST CASE REPORT - BRIEFREPORT -** Wiley Received: 21 November 2016 - Accepted: 29 January 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28244614> Acesso: Setembro de 2017.
 4. CLARKE, Gwendolyn M.; HIGGINS, Trefor N. **LABORATORY INVESTIGATION OF HEMOGLOBINOPATHIES AND THALASSEMIAS: REVIEW AND UPDATE.** Clinical Chemistry 46:8(B) 1284–1290 (2000). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10926923> Acesso: Setembro de 2017.
 5. COTTLE, Renee N.; *et al* **TREATING HEMOGLOBINOPATHIES USING GENE CORRECTION APPROACHES: PROMISES AND CHALLENGES** Hum Genet. 2016 September ; 135(9): 993–1010. doi: 10.1007/s00439-016-1696-0. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4492683/> Acesso em: Setembro de 2017.
 6. DEGANDT, Simon. **EVALUATION OF FOUR HEMOGLOBIN SEPARATION ANALYZERS FOR HEMOGLOBINOPATHY DIAGNOSIS** Wiley - Received: 9 November 2016 - Accepted: 5 March 2017. Journal Of Clinical Laboratory Analysis – 2017 - Wiley Periodicals - 1 of 8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28383138> Acesso: Setembro de 2017.
 7. FERRARI, Giuliana. *Et al* **GENE THERAPY APPROACHES TO HEMOGLOBINOPATHIES.** Hematol Oncol Clin N Am 31 Elsevier: (2017) 835–852. Disponível em: [http://www.hemonc.theclinics.com/article/S0889-8588\(17\)30103-X/pdf](http://www.hemonc.theclinics.com/article/S0889-8588(17)30103-X/pdf) Acesso em: 2017.
 8. FERREIRA, Marina N.; *Et al* **ANTI-TOXOPLASMA GONDII ANTIBODIES IN PATIENTS WITH BETA-HEMOGLOBINOPATHIES: THE FIRST REPORT IN THE AMERICAS.** BMC Res Notes (2017) 10:211 DOI 10.1186/s13104-017-2535-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5471967/> Acesso: Setembro de 2017.
 9. FISHER, Alain. **GENE THERAPY: MYTH OR REALITY?** C. R. Biologies 339 Elsevier: (2016) 314–318 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27260498> Acesso: Setembro de 2017.
 10. LORENZI, Therezinha F.. **CAP. 3 - ANEMIAS** in Manual de Hematologia Propedêutica e Clínica. Pag 192 - 292. - 4ª Edição. Editora Guanabara Koogan – RJ – 2006.

11. MACHADO, Luciane N.; *et al.* **TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA – ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR** Editora Lemar – 1^a Edição SP – 2009.
12. NAOUM, Flávio A. **CAP 2 – TALASSEMIAS E HEMOGLOBINOPATIAS** in Doenças que alteram os exames Hematológicos. Pags 13 – 23. Editora: Atheneu – SP, RJ, BH – 2011. Edição Única.
13. PATRINOS, George P.. **MOLECULAR DIAGNOSIS OF INHERITED DISORDERS: LESSONS FROM HEMOGLOBINOPATHIES**. HUMAN MUTATION 26(5), 399^412, 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10926923> Acesso: Setembro de 2017.
14. PEDERSON, Thoru. **THE HEMOGLOBINOPATHIES: AN EMPOWERING ERA OF HUMAN GENETICS IN THE CLINIC AND THE LABORATORY**. The Journal. *The Faseb Journal* Vol.31, No.9 , Pp:3711, September, 2017. Disponível em: www.fasebj.org Acesso em: Setembro de 2017.
15. RAPAPORT, Samuel. **HEMATOLOGIA – INTRODUÇÃO** Editora Roca – 2^a Edição – SP – 1990.
16. SABATH, Daniel E.. **MOLECULAR DIAGNOSIS OF THALASSEMIAS AND HEMOGLOBINOPATHIES** - An ACLPS Critical Review *Am J Clin Pathol* 2017;148:6-15 - American Society for Clinical Pathology, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28605432> Acesso em: Setembro de 2017.
17. SATTA, Stefania. *Et al* **CHANGES IN HBA2 AND HBF IN ALPHA THALASSEMIA CARRIERS WITH KLF1 MUTATION** Blood Cells, Molecules and Diseases 64 (2017) 30–32. Disponível em: [journal homepage: www.elsevier.com/locate/bcmd](http://journal.homepage: www.elsevier.com/locate/bcmd) Acesso: Setembro de 2017.
18. SHANG, Xuan. *Et al* **RAPID TARGETED NEXT-GENERATION SEQUENCING PLATFORM FOR MOLECULAR SCREENING AND CLINICAL GENOTYPING IN SUBJECTS WITH HEMOGLOBINOPATHIES**. EBioMedicine 23 (2017)150–159. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28865746> Setembro de 2017.
19. TASAN, Ipek; *Et al* **USE OF GENOME EDITING TOOLS TO TREAT SICKLE CELL DISEASE**. Hum Genet. 2016 September ; 135(9): 1011–1028. doi:10.1007/s00439-016-1688-0. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27250347> Acesso: Setembro de 2017.

IMPORTÂNCIA DA INTRODUÇÃO DE MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Pedro Henrique Nunes de Araujo, UCB, ph_enriquearaujo@hotmail.com

Laura de Lima Crivellaro, UCB, crivellarolimalaura@gmail.com

Pedro Henrique de Oliveira, UCB, pedrooliveira.med@gmail.com

Marina Ferreira da Silva, UCB, marinaferreirauffs@gmail.com

Viviane Correa de Almeida Fernandes, viviane.fernandes@ucb.br

Palavras chave: Hipertensão. Tratamento não-medicamentoso. Dieta

Introdução

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um agravante clínico multifatorial identificado por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg, estando correlacionada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e estruturais de órgãos-alvo sendo acentuada por fatores de risco como obesidade, intolerância à glicose, dislipidemia e diabetes mellitus. Epidemiologicamente, no Brasil os casos de hipertensão arterial atingem cerca de 30% de indivíduos adultos podendo ultrapassar os 60% em idosos, contribuindo diretamente ou indiretamente por grande parte das mortes por doenças cardiovasculares. Para reduzir a incidência de HAS faz-se necessário mudanças diárias no estilo de vida, como a realização de dieta equilibrada, nutricionalmente adequada, práticas de exercícios, como também a realização de medidas antiestresse.

Métodos

Foram pesquisados artigos científicos publicados nos últimos 5 anos, em plataformas online como SciELO e PubMed, com as palavras-chave: “Hipertensão”. “Tratamento”. “Não-medicamentoso”. “Dieta”

Resultados e discussão

A HAS é considerada um dos principais problemas de saúde pública, visto que atinge em cerca de 30% da população adulta brasileira e sua prevalência aumenta progressivamente com o envelhecimento, sendo apontada como vilão para as doenças cardiovasculares na população geriátrica. Nota-se que a elevação persistente da Pressão Arterial (PA) propicia alterações

funcionais em órgãos-alvo (cérebro, rim e coração), sendo fator de risco para doenças cardiopulmonares, cerebrovasculares e doenças renais. Além disso, é uma das causas de aumento dos custos públicos, devido ao crescente número de internações hospitalares e óbitos oriundos de suas complicações. Devido a essas complicações, existem indicações não farmacológicas, com mudança do estilo de vida do paciente e indicações medicamentosas, conforme a clínica apresentada pelo paciente. Desde que exista indicação para terapia medicamentosa, é de suma importância que o paciente tenha prévio conhecimento sobre o tratamento, que esse deve ser de uso contínuo, com eventual necessidade de ajuste e doses, da troca ou associação de medicamento, além do mais deve estar atento a manifestação de efeitos adversos. Concomitantemente, as medidas não farmacológicas são de suma importância para prevenir e reduzir os níveis pressóricos, sendo enfatizada em variados estudos como sendo um integrante indispensável na terapia da HAS. O tratamento não medicamentoso que inclui medidas nutricionais, controle do peso corporal, medidas antiestresse, práticas de atividades física e cessação de tabaco, são as principais ações apontadas pela VII diretriz brasileira de hipertensão arterial.

O aumento do peso corporal, associado a elevação de colesterol e triglicerídeos, resulta no aumento de placa de ateroma nas artérias e ocasionando redução do lúmen arterial com aumento da resistência vascular periférica e elevação da pressão arterial. Assim, uma alimentação balanceada com aumento de consumo de verduras, legumes, fibras, e redução de carboidratos e triglicerídios, é essencial para um melhor controle dos níveis pressóricos. Além do que as práticas de exercícios físicos reduzem significativamente a pressão arterial sistólica podendo atingir até 6 mmHg a menos, de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia. No entanto, deve-se preconizar que antes do início de atividades físicas, os hipertensos com mais de três fatores de risco, diabetes, lesões de órgão alvos ou cardiopatias façam teste ergométrico. Já os que desejam participar de atividades competitivas devem receber avaliação cardiológica. Em relação ao uso de drogas, como o tabagismo e bebidas alcoólicas, é evidente que substâncias que os compõem inferem na elevação da PA, que interferem no resultado terapêutico anti-hipertensivo. Estudos do Medical Research Council Trial indicou uma maior incidência de acidentes vasculares cerebrais e eventos coronarianos, associado ao tabagismo e a hipertensão. Quando se conecta o tabaco em pacientes portadores de hipertensão arterial o risco de cardiopatias isquêmicas e de outras doenças cardiovasculares são potencializadas. Além do mais, o controle do estresse, com psicoterapias, meditação e relaxamento mostraram-se ter efeitos redutores na PA, sendo realizadas separadas ou em conjunto.

Conclusão

A síndrome da HAS é uma forma de diminuir a qualidade de vida do paciente, acarretando mudança nos aspectos pessoais e sócio-culturais além do aumento dos gastos públicos com internações recorrentes. Assim, deve ser preconizado indispensavelmente a mudança do estilo de vida para prevenir e diminuir os níveis pressóricos. Desse modo cabe ao paciente procurar apoio nutricionais, com praticas de exercícios físicos, como também a cessação de drogas lícitas e ilícitas, diminuindo fatores agravantes para o aumento da PA. Vale a pensa ressaltar que o profissional de saúde deve avaliar a clínica do paciente e suas comorbidades para uma melhor prescrição terapêutica, seja ela medicamentosa ou não.

Referências:

- 1- MARIA GERALDO PIERIN, Angela . Hipertensão Arterial : Uma proposta para cuidar. 1. ed. Sao Paulo: Monele LTDA, 2004. 133 p. v. 1.
- 2- Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Brasília:2016. Disponível em:<http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>. Acesso em:5.out.2017.

INCIDÊNCIA DA SÍNDROME IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA EM IDOSOS NO BRASIL: UMA ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EM IDOSOS

Alves, Gabriela Nazario - UCB gabrielanazario18@gmail.com, Ferreira, Matheus Ivan Marques - UCB matheussivan@hotmail.com, Carvalho, Jeane Kelly Silva de Carvalho – UCB jeane.carvalho@ucb.br

PALAVRAS-CHAVE: Estratégia Saúde da Família, sexualidade, adoecimento, Aids.

INTRODUÇÃO

O crescimento populacional já é notório há alguns anos, devido o advento das novas tecnologias da área da saúde, bem como com a acolhida de novos métodos contraceptivos, o avanço da idade populacional na sociedade vai demonstrando um novo perfil (BRASIL, 2016), ou seja, a sociedade está envelhecendo a cada dia mais. Essa mudança é caracterizada pelo processo de envelhecimento populacional, que resulta do declínio da fecundidade, aumento da proporção de indivíduos idosos e diminuição de indivíduos jovens (CLOSS et al, 2012). O que exige do sistema de Saúde uma reorganização de suas estratégias de atuação, visando, assim a nova característica populacional que necessita de cuidados especiais principalmente devido às doenças crônicas e infecciosas (NASRI, 2008).

Todavia, mesmo com o avanço da população acima dos 60 anos de idade as políticas de saúde voltadas para esse público relacionadas a atividade sexual, não acompanharam essa nova demanda, principalmente quando analisado as crescentes estatísticas nacionais referentes à incidência da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) nos Idosos.

Quanto a relação de atividade sexual ao público mais idoso, fica nítido que existe certo preconceito da população em geral, porque os mesmos são considerados indivíduos vulneráveis, cheios de limitações, dependentes de cuidados e estariam em inatividade sexual (GIRONDI et al, 2012). Em razão disso, faz com que as políticas de saúde, principalmente relacionadas com o HIV, sejam voltadas para o público jovem, deixando os idosos fora das campanhas de prevenção e conscientização, favorecendo assim a falta de conhecimento acerca do assunto e facilitando as práticas sexuais sem segurança.

E não seria inesperado que esta população, agora com mais saúde, mantivesse os seus hábitos normais, como a vida sexual. Estudos relataram que idosos sentem-se satisfeitos com sua vida sexual ativa e que mediante a isto apresentam maior autoestima e qualidade de vida, devido, principalmente as novas descobertas da ciência, tratamentos relacionadas a libido sexual e a

disfunção erétil (GUTIÉRREZ-HERNÁNDEZ, PUIGVERT- MARTÍNEZ, PIETRO-CASTRO, 2013) que evitam que as mudanças fisiológicas e patológicas afetem a atividade sexual e reduzam o interesse pelas práticas sexuais (ALQUINO, 2005), possibilitando milhares de casais e indivíduos acima dos 60 anos a continuarem suas vidas sexuais ativa.

Embora, essas práticas podem ser feitas sem utilização de preservativos, sobretudo pela dificuldade gestacional pós menopausa e pela falta de informações acerca das doenças sexualmente transmissíveis, favorecem que essa população acima de 65 anos fique suscetíveis às doenças sexuais, principalmente a Aids, visto que nos últimos anos tem emergido como um problema de saúde pública a epidemia de Aids em pessoas idosas no Brasil. Portanto, é de fundamental importância ações governamentais associadas com as equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) (CAMPOS, 2005), que visem primordialmente a prevenção, a disseminação de informações e realização de ações de atenção à saúde para esse público, visando assim, diminuir a taxa de incidência, a realização de diagnósticos precoces e também a melhoria da vida dos portadores do vírus HIV.

OBJETIVO

Analisar a incidência de Aids no Brasil em idosos e a correlação com as ações das equipes de ESF.

MATERIAIS E MÉTODOS

Refere-se a um estudo descritivo e exploratório por meio de uma Revisão Integrativa da Literatura não sistemática dos artigos publicados nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde e Scielo. Os artigos selecionados foram publicados entre 2005 a 2017, utilizamos os seguintes descritores: mortalidade, incidência e prevalência da Aids, estratégia de saúde da família. A seleção dos artigos priorizou aqueles que melhor abordava os objetivos do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A propagação da Aids no Brasil evidencia uma epidemia de múltiplas dimensões que, ao longo do tempo, tem apresentado profundas transformações na sua evolução e distribuição. Vista a princípio como uma epidemia específica de indivíduos jovens e considerados de “grupos de risco”, passou a atingir qualquer indivíduo da sociedade, independente de sexo e idade (BRASIL, 2016).

No estudo (GIGOROND et al, 2012), sobre o perfil epidemiológico de idosos brasileiros que morreram por Aids entre 1996 e 2007, a faixa etária compreendida entre 60 e 69 anos apresentou maior número de óbitos no período estudado, mostrando o menor coeficiente de mortalidade em 1997 (3,4 óbitos/100.000) e o maior em 2006, apresentando o coeficiente de 5,2 óbitos a cada

100.000 habitantes, faixa etária mais acometida pela Aids, representando 77,4% dos óbitos por Aids em idosos. Os resultados apresentam tendência linear crescente ao longo dos anos dos óbitos por aids (Figura 1).

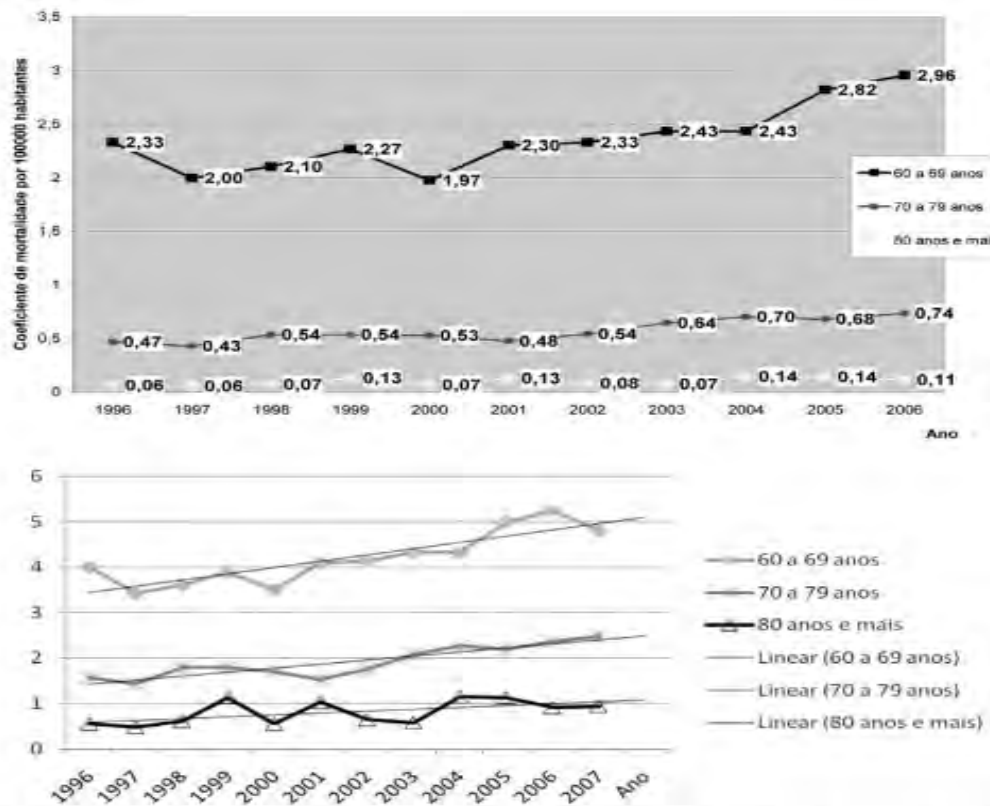


Figura 1. Coeficiente de mortalidade por aids em idosos. Brasil, 1996 a 2007. (SIM, março 2010)

Variáveis	2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Faixa etária																						
< 5 anos	29	0,5	32	0,5	39	0,5	43	0,5	42	0,4	45	0,4	57	0,3	76	0,3	62	0,2	23	0,2	448	0,3
5 a 9 anos	11	0,2	17	0,3	18	0,3	19	0,2	15	0,2	16	0,1	17	0,1	23	0,1	19	0,1	5	0,0	160	0,1
10 a 14 anos	20	0,3	21	0,3	25	0,4	30	0,4	32	0,3	29	0,3	39	0,2	62	0,2	71	0,2	21	0,2	350	0,3
15 a 19 anos	267	4,3	330	5,0	334	4,7	420	5,1	520	5,3	648	5,8	941	5,8	1554	5,9	1956	6,1	703	5,5	7673	5,6
20 a 24 anos	828	13,5	1017	15,3	1121	15,7	1249	15,0	1566	15,9	1905	17,0	2785	17,1	4580	17,4	6051	18,7	2381	18,8	23483	17,1
25 a 29 anos	1136	18,5	1272	19,1	1370	19,2	1604	19,3	1920	19,5	2122	18,9	3044	18,6	4983	19,0	6033	18,7	2365	18,6	25849	18,9
30 a 34 anos	1120	18,2	1097	16,5	1200	16,8	1415	17,0	1629	16,5	1888	16,8	2682	16,4	4285	16,3	5086	15,7	1914	15,1	22316	16,3
35 a 39 anos	934	15,2	953	14,3	990	13,9	1084	13,0	1249	12,7	1328	11,8	2062	12,6	3294	12,5	3952	12,2	1587	12,5	17433	12,7
40 a 44 anos	697	11,3	714	10,7	730	10,2	870	10,5	1013	10,3	1138	10,1	1536	9,4	2374	9,0	2870	8,9	1183	9,3	13125	9,6
45 a 49 anos	472	7,7	477	7,2	542	7,6	619	7,4	712	7,2	837	7,5	1228	7,5	1840	7,0	2299	7,1	888	7,0	9914	7,2
50 a 54 anos	268	4,4	308	4,6	309	4,3	400	4,8	500	5,1	536	4,8	752	4,6	1334	5,1	1588	4,9	656	5,2	6651	4,9
55 a 59 anos	144	2,3	162	2,4	184	2,6	242	2,9	279	2,8	308	2,7	500	3,1	772	2,9	975	3,0	409	3,2	3975	2,9
60 e mais	145	2,4	154	2,3	168	2,4	206	2,5	257	2,6	285	2,5	442	2,7	771	2,9	998	3,1	437	3,4	3863	2,8
Ignorado	81	1,3	100	1,5	96	1,3	115	1,4	129	1,3	138	1,2	246	1,5	329	1,3	361	1,1	110	0,9	1705	1,2
Total	6152	100,0	6654	100,0	7126	100,0	8316	100,0	9863	100,0	11223	100,0	16331	100,0	26277	100,0	32321	100,0	12682	100,0	136945	100,0

(Fonte: Sivam, 2016)

Figura 2. Casos de HIV notificados no Sivam segundo faixa etária por ano do diagnóstico

(Fonte: Sivam, 2016 adaptado)

De acordo com esses dados, fica claro que a incidência de casos de HIV em idosos tem crescido no país. Ao analisar os dados que foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sivam) no ano de 2007, foram notificados 145 casos de HIV na população com 60 anos ou mais, o que representa 2,4% das notificações referentes ao HIV naquele ano. Já quando analisado o ano de 2015, foram notificados 998 casos no mesmo banco de dados, representando assim um aumento de cerca de 4 vezes os números do primeiro ano referido e no ano de 2016 houve declínio dos casos notificados, no entanto continuaram em valores elevados quando comparado a 2007 (figura2).

Portanto, percebe-se uma lacuna nas ações destinadas a população idosa no que diz respeito a prevenção do HIV/Aids. Sabe-se ainda que ações de educação em saúde devem ser repensadas, uma vez que a forma de abordar o idoso não pode ser a mesma utilizada para o jovem (ALQUINO,2005; CORDEIRO, 2017).

Algumas evidências apontaram que os idosos possuem conhecimento incipiente sobre as formas de transmissão do HIV e algumas tradições que inibem que essas pessoas não usem preservativos, por enfatizarem não serem vulneráveis à infecção e dizerem que a infecção pelo HIV é atribuída aos jovens (LAZZAROTTO, 2008; BITTENCOURT et al,2015; OLIVI, 2008). Outros estudos, entrevistaram pessoas acima de 50 anos portadoras do HIV sobre a vida sexual pregressa, 53,2% relataram ter relacionado com mais de uma pessoa antes de saberem ser portadores do vírus e 90,8% afirmaram não ter feito uso de proteção nas relações sexuais (LIMA e FREITAS, 2012).

Isso mostra e consolida a premissa de que essa população ainda não se adequou ao uso dos métodos contraceptivos. A inutilidade contraceptiva pode ser caracterizada por vários fatores, como não saber utilizá-lo, não ter preservativo no momento da relação, por desconhecer a doença e seus riscos e por confiar em seus parceiros. (LAZZAROTTO, 2008; BITTENCOURT et al, 2015; OLIVI, 2008; LIMA et al, 2012).

Há muitos que têm conhecimento controverso da infecção, visto que acreditam que as picadas de mosquitos transmitem o vírus e outros que a higienização de órgãos genitais após a relação sexual seria forma preventiva. Outros quando se fala do assunto relacionam a doença com medo, morte e desesperança, que muitas vezes é superado pela busca do conhecimento após a revelação do diagnóstico para descrever habilidade de autocuidado (LAZZAROTTO, 2008; BITTENCOURT et al, 2015; OLIVI, 2008; LIMA et al, 2012). Por isso, é preciso criar estratégias que alterem essa realidade, alguns fatores devem ser destacados: maior número de pessoas idosas é necessário maior atenção no campo sexológico e principalmente educação sexual para essa população.

Além de não utilizarem métodos contraceptivos e possuírem alguns pensamentos adversos sobre a doença, nota-se a dificuldade de diagnóstico para HIV pelos profissionais de saúde, por terem tabus quanto as questões relacionadas a sexualidade dessa população, vão, geralmente, deixar de solicitar a sorologia anti-HIV, além de excluírem perguntas fundamentais na anamnese relacionadas com atividades sexuais que são fundamentais para fecharem certos casos de diagnóstico.

Como foi relatado, muitos desses idosos adquiriram a doença sem conhecimento e com isso continuaram suas práticas sexuais desprotegidas, infectando outros indivíduos com o vírus. Isso pode ser evitado no momento em que essa população procura atendimento na atenção básica, para a realização de consultas rotineiras e também com a inclusão da sorologia anti-HIV entre os exames geralmente realizados (CAMPOS, 2005). Outro fator que dificulta o diagnóstico é a resistência do idoso a procurar o serviço de saúde, por receio de encontrar conhecidos e também pelo medo de serem discriminados pela sociedade.

Logo, o diagnóstico e as notificações compulsórias referentes a Aids são muito importantes, pois só assim os órgãos competentes terão mais informações e poderão elaborar estratégias que visem medidas de promoção, prevenção e controle, ressaltando a relevância da integração com a ESF para elaboração de ações que reduzam a incidência dos casos e melhorem a vida dos portadores para que os mesmos tenham um envelhecimento bem-sucedido. (OKUNO et al, 2014; VILELA, CARVALHO e ARAÚJO, 2006).

Para obter o diagnóstico é preciso passar pelas etapas de processamento que consistem na investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. A investigação é muito

importante, pois nela o profissional irá fazer anamnese do paciente para identificar o problema que levou a procurar o sistema de saúde e tentar entender também todo o contexto social e histórico da doença para poder fazer o diagnóstico, e neste momento perguntar ao idoso sobre a sua vida sexual, de modo que não seja constrangedor e não deixe o indivíduo inibido, uma vez que muitos idosos se sentem constrangidos ao falar do assunto por medo do preconceito. Ademais, a atenção básica é a principal porta de entrada do sistema de saúde, com ações de acolhimento, escuta e busca oferecer respostas para os problemas de saúde da população (BRASIL, 2011), assim é preciso estar atento também ao idoso suas queixas e hábitos (BITTENCOURT et al, 2015).

E importante também, criar estratégias para estimular o idoso a procura o serviço de saúde, principalmente homens e aqueles que possuem resistência a procurar a atenção básica, terem visita em casa pela equipe de ESF e investigarem a prática do sexo e estimular a utilização de métodos contraceptivos, pois o maior número de óbitos e incidência são de homens (GIGORONDI et al, 2012; RIQUE et al, 2011; OLIVEIRA et al, 2013), o que merece maior destaque nas ações de intervenções e quebras de culturas adversas, como a não utilização de preservativos.

Visitas domiciliares pela equipe de ESF também são fundamentais, aos que já são portadores de HIV, visto que é importante o acompanhamento para certificarem se estão seguindo as orientações, como a utilização correta dos medicamentos, e para os diversos outros idosos e público em geral utilizando formas de investigação das práticas sexuais e estimulando a utilização de métodos contraceptivos.

As ações de promoção e educação sexual deverão estimular o acesso e utilização correta dos preservativos masculino e feminino e os lubrificantes, devem oferecer testagem, diagnóstico e tratamento com procedimentos que levem em consideração as necessidades de cada grupo, incluir a prevenção de DST-HIV/AIDS focando as especificidades de cada grupo, na rede de Atenção Básica, incentivar fomento da mobilização de organizações da sociedade civil e do protagonismo, para a realização de trabalhos preventivos específicos para idosos e articulações intra e Intersetoriais para a garantia de ampliação e continuidade das ações (BRASIL, 2007).

CONCLUSÃO

De acordo com os resultados e discussões de cada uma das categorias levantadas e embasadas em fontes e pesquisas, podemos perceber que por meio da análise de diversos artigos e bancos de dados relacionados com portadores de HIV em idade acima de 60 anos, fica nítido que o advento da AIDS nos idosos é um fato presente e marcante na sociedade atual, além de que a falta de políticas

públicas e o estigma e preconceitos relacionadas a atividade sexual de idosos por meio da população em geral e até mesmo dos profissionais de saúde ainda se encontram muito presentes e que deveriam ser evitados, para que a atenção a saúde do idoso seja plena e digna para garantir atenção adequada.

Visando promover ações de promoção e prevenção da saúde, utilização de medicamentos e os riscos relacionados, principalmente os de disfunção erétil, organização de ações para atender as queixas e as dificuldades e principalmente atrativos para essa população participarem das ações e introduzidas no cotidiano e deixem os tabus e incorporem conceitos corretos sobre o campo sexológico, o que ajudará a prevenir muitas doenças sexualmente transmissíveis.

Os profissionais da ESF deverão ficar atentos e fazer anamnese detalhada e um bom diagnóstico, pois este é essencial na atenção à saúde, pois a partir dele os profissionais poderão tirar conclusões da sua área e implantar tratamento específico, além de realizarem ações de referência e contra referência para os setores corretos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AQUINO EML. Saúde do homem: uma nova etapa da medicalização da sexualidade? **Ciênc. Saúde Coletiva**. v.10, n.1, p.19-22, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde; 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. –Brasília: Ministério da Saúde. M 68 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n.19) v.1, 2007.

BITTENCOURT GKGD et al. Beliefs of older adults about their vulnerability to HIV/AIDS, for the construction of nursing diagnoses. **Rev. Bras. Enferm.** v.68, n.4, p.495-501, 2015.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, v.5 (Supl 1).p.S63-S69, dez. 2005

CLOSS VE, SCHMANKE CHA. A Evolução do Índice de Envelhecimento no Brasil, nas suas Regiões e Unidades Federativas no Período de 1970 a 2010: **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v.15,n.3, p. 443-458, 2012.

CORDEIRO, LI et al. Validação de cartilha educativa para prevenção de HIV/AIDS em idosos. **Rev. Bras. Enferm.** v.70,n.4, p.775-82,2017.

GIRONDI, Juliana Balbinot Reis et al. Perfil epidemiológico de idosos brasileiros que morreram por síndrome da imunodeficiência adquirida entre 1996 e 2007. **Acta Paul Enferm.** v. 25, n.2, p.302-7, 2012.

GUTIÉRREZ-HERNÁNDEZ, Pedro Ramón; PUIGVERT- MARTÍNEZ, Ana; PIETRO-CASTRO, Rafael. O parceiro do homem com disfunção erétil. **Revista Internacional de Andrologia**. v.11, n.4, p.128-137, outubro-dezembro 2013.

LAZZAROTTO, Alexandre Ramos O conhecimento de HIV/AIDS na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale do Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.13,n.6,p.1833-1840,2008.

NASRI F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**. v.6, p.S4-S6, 2008.

OLIVEIRA, Maria Liz cunha de; PAZ, Leidijany Costa; MELO, Gislane Ferreira de. Dez anos de epidemia do HIV-AIDS em maiores de 60 anos no Distrito Federal – Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.** v.16, n.1, p.30-9. 2013.

OLIVI, Magali; SANTANA, Rosangela Getirana; MATHIAS, Thais Aidar de Freitas. Comportamento, conhecimento e percepção de risco sobre doenças sexualmente transmissíveis em um grupo de pessoas com 50 anos e mais de idade. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. v.16, n.4, 2008 julho-agosto.

OKUNO, Meiry Fernanda Pinto et al. Qualidade de vida de pacientes idosos vivendo com HIV/AIDS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.7, p.1551-1559, jul, 2014.

Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011. Seção 1, pt1.

RIQUE, Juliana; SILVA, Maria Dolores Paes da. Estudo da subnotificação dos casos de Aids em Alagoas (Brasil), 1999-2005. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.2.p.599-603, 2011.

VILELA, Alba Benemerita Alves; CARVALHO, Patrícia Anjos Lima de; ARAÚJO, Rosália Teixeira de. Envelhecimento bem-sucedido. **Rev. Saúde. Com.** v.2,n.2,p. 101-114. 2006.

INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA GESTAÇÃO: IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE E TRATAMENTO.

Laura de Lima Crivellaro, UCB, crivellarolimalaura@gmail.com

Kétuny da Silva Oliveira, UCB, ketunyoliveira@gmail.com

Pedro Henrique Nunes Araujo, UCB, ph_henriquearaujo@hotmail.com

Luan da Cruz Vieira, UCB, luanvieira96.lv@gmail.com

Denise Nogueira da Gama Cordeiro, UCB, denisengcordeiro@yahoo.com.br

Palavras chave: Comorbidades na gestação. imunossupressão gestacional. antimicrobianos.

Introdução

A infecção do trato urinário (ITU) configura-se como uma doença muito frequente, sendo que, na vida adulta, cerca de 48% das mulheres apresentarão pelo menos um episódio de ITU. O sexo feminino é o mais acometido devido a aspectos anatômicos, uma vez que a uretra mais curta, além da proximidade do ânus com o vestíbulo vaginal e uretra favorecem a troca de microbiota. A ITU é apresentada como principal desordem infecciosa no período gestacional, acometendo de 10% a 12% das gestantes, sendo assim pode prejudicar a saúde do binômio mãe-filho.

Materiais e métodos

Foram realizadas pesquisas em bases de dados como SciELO, PubMed e LILACS, afim de esclarecer a importância do diagnóstico precoce e tratamento de pacientes obstétricas que apresentam infecção do trato urinário (ITU).

Resultados e discussão

A ITU é apresentada como principal desordem infecciosa no período gestacional, acometendo de 10% a 12% das gestantes e costuma se estabelecer no trato urinário baixo. No primeiro trimestre da gestação a bacteriúria assintomática está vigente em 5 a 10% das gestantes, das quais 30% estão sob alto risco de desenvolver cistite sintomática e, posteriormente, cerca de metade dessas mulheres apresentarão pielonefrite. A *Escherichia coli* destaca-se como uropatógeno mais comum, sendo desencadeador de aproximadamente 80% dos casos.

Alguns dos sintomas da infecção podem mimetizar ocorrências características da gravidez como polaciúria e disúria, tornando necessária uma análise clínica cuidadosa. A urgência miccional

também pode estar vigente em porcentagem menor, acometendo cerca de 1% a 1,5% das gestantes. A sintomatologia da cistite também alberga hematúria macroscópica e desconforto suprapúbico, geralmente, cursando sem febre e comprometimento do estado geral. A pielonefrite configura um quadro sistêmico, uma vez que manifesta-se com febre, náusea, dor lombar irradiando para flancos, calafrios e mialgia, assim como, sintomas característicos de ITU em metade dos casos. O diagnóstico e tratamento devem ser feitos de modo conciso em virtude da significativa morbidade e mortalidade materna. Torna-se primordial a diferenciação entre manifestações fisiológicas da gestação e aquelas presentes na cistite e na pielonefrite. Nesses casos a dor é desencadeada por irritação do epitélio uretral ou ainda irradiada para região lombar em virtude do processo infeccioso no trato urinário alto.

A ITU apresenta-se como alicerce de complicações maternas quando não diagnosticada ou negligenciada, podendo evoluir para celulite e abscesso perinefrético, obstrução urinária, trabalho de parto pré-termo, corioamniorrexe prematura, anemia, corioamnionite, endometrite, pré-eclâmpsia, choque séptico, falência de múltiplos órgãos e por fim óbito. O feto também pode ser acometido de diversas formas, ocorrendo prematuridade, infecção, leucomalácia periventricular, falência de múltiplos órgãos e óbito. A infecção sintomática conduz mais rapidamente ao diagnóstico, devendo receber a atenção necessária para estabelecer qual tipo de disfunção se estabeleceu no trato urinário. A infecção urinária em gestantes revela-se mais preocupante quando assintomática, em virtude da ausência de diagnóstico e tratamento, podendo culminar em parto prematuro e internação da gestante. O risco para pielonefrite também se eleva quando a gestante é acometida por bacteriúria assintomática no início da gestação, visto que a característica dor lombar não se manifesta.

O diagnóstico das infecções do trato urinário assintomáticas é essencialmente laboratorial e microbiológico, sendo concretizado a partir da confirmação de duas uroculturas, as quais apresentem mais que 10^5 colônias/mm³ de urina do mesmo patógeno. A cistite aguda em gestantes tem seu tratamento iniciado, geralmente, antes da disponibilidade do resultado da urocultura. Logo, a escolha do fármaco deve ser fundamentada na sensibilidade dos patógenos mais comuns, nesse cenário destaca-se a *E.coli*. Os regimes de tratamento empírico podem ser dificultados devido a crescente resistência aos antimicrobianos, a qual deve ser considerada mediante a decisão terapêutica.

A idade gestacional ocupa papel primordial na escolha do tratamento, uma vez que na fase de organogênese (quatro primeiras semanas) e na fase final da gestação, o feto apresenta sensibilidade máxima a substâncias lesivas. Portanto, a análise risco/ benefício deve ser cuidadosa.

Estudos revelam que as penicilinas e as cefalosporinas são os fármacos mais seguros para todo o período gestacional, sendo improvável o potencial teratogênico.

Conclusões

O médico generalista deve adotar uma posição de busca ativa dos casos de ITU na gravidez, pois uma baixa prevalência de casos pode significar ausência de diagnóstico ou mesmo negligência da gestante, a qual considera os sintomas irrelevantes. Diante desse cenário, o médico é colocado frente a frente com um grande desafio, conscientizar as gestantes sobre a sintomatologia, assim como ressaltar a importância do tratamento adequado, uma vez que a integridade do binômio mãe-filho será preservada.

Referências bibliográficas:

- BARROS, Simone Regina Alves de Freitas. Urinary tract infection during gestation and its correlation with low back pain versus nursing interventions. **Revista Dor**, v. 14, n. 2, p. 88-93, 2013.
- BORGES, Aline Alves. et al. Infecção Urinária em Gestantes Atendidas em um Laboratório Clínico de Goiânia-Go Entre 2012 e 2013. **Estudos**, v. 41, n. 3, 2014.
- DE PAULA, Vivian Torres et al. A enfermagem na identificação da infecção urinária na gestação: uma revisão integrativa. **7 Conclave dos acadêmicos de enfermagem da Universidade Positivo (CONAENF)**, p. 21, 2015.
- HACKENHAAR, Arnildo Agostinho; ALBERNAZ, Elaine Pinto; TOMASI, Elaine. Infecção urinária sintomática na gestação e sua associação com desfechos neonatais e maternos desfavoráveis. **VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde**, v. 23, n. 2, p. 19-26, 2014.
- RAMOS, Géssica Capellin et al. Prevalência de infecção do trato urinário em gestantes em uma cidade no sul do Brasil. **Saúde (Santa Maria)**, v. 42, n. 1, p. 173-178, 2016.

INTERFERÊNCIA DOS FATORES DE CORREÇÃO E COCÇÃO NO SERVIÇO DAS UNIDADES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO HOSPITALAR

Déborah Santana Sateles

Universidade Católica de Brasília, Departamento de Nutrição. deborahsantana@gmail.com

Palavras chave: Hospital. Fator de correção. Fator de cocção. Desperdício.

INTRODUÇÃO

Unidades de Alimentação e Nutrição, popularmente conhecidas como UAN's, são locais destinados a preparações de refeições balanceadas nutricionalmente. Dentro de um hospital, a Serviço de Nutrição e Dietética (SND) é a área de produção de refeições que tem a finalidade de comprar, receber, armazenar e processar alimentos, para posterior distribuição de refeições aos diferentes tipos de clientes/pacientes (MARCHINI et al, 2006). Apesar da disponibilidade de alimentos para oferta ao cliente/paciente, uma boa parte deles pode ingerir uma quantidade insuficiente para o suprimento de suas necessidades (VAZ, 2006). A ingestão insuficiente é sempre atribuída, primeiramente, aos aspectos clínicos, mas há outras causas não ligadas diretamente à doença e/ou tratamento, por exemplo, as inadequações do serviço de alimentação e nutrição (MARCHINI et al, 2006).

Durante ou no pré-preparo dos alimentos pode ocorrer o desperdício (SOARES, VALDUGA, GOES, 2013). “Desperdiçar é o mesmo que extraviar o que pode ser aproveitado para benefício de outrem, de uma empresa ou da própria natureza” (VAZ, 2006). O desperdício de mostra bastante significativo na produção de alimentos, pode ser observado dentro dos lixos, na devolução das bandejas de refeição, na ausência de indicadores de qualidade, entre outros (BRADACZ, 2003).

Para um desempenho satisfatório na UAN ou SND é necessário planejamento durante todo o processo a fim de apresentar qualidade, produtividade e qualidade no produto final, mantendo custos baixos e o mínimo de desperdício (HIRSCHBRUSH, 1998).

Em uma UAN, desperdiçar está ligado ao fator de correção, no qual ocorre perda em relação ao peso inicial ou peso bruto, representada pela remoção das partes não comestíveis do alimento. Representado pela fórmula: fator de correção (FC)=peso bruto/peso líquido (AMARAL, 2008). Além disso, durante seu cozimento os alimentos sofrem transformações durante o processo de

cocção, etapa necessária para que os alimentos possam ser consumidos na sua totalidade (ORNELAS, 2007), tendo como objetivos principais manter ou melhorar o valor nutritivo, aumentar a digestibilidade e palatabilidade, diminuindo, acentuando ou alterando a textura ou a consistência dos alimentos, além de inibir o crescimento de organismos patogênicos ou o desenvolvimento de substâncias prejudiciais à saúde (PHILLIPI, 2006).

Durante a cocção os alimentos podem sofrer alterações no peso, podendo diminuir ou aumentar. Estas alterações dependem de alguns fatores, como: a composição química dos alimentos, a forma de calor utilizado, tempo de cocção, forma da preparação, utensílios utilizados, mão de obra entre outros (ORNELAS, 2007; PHILLIPI, 2006). O fator de cocção é a ferramenta utilizada para se conhecer o rendimento de um alimento após ser submetido ao processo de cocção. Este é obtido através da relação entre o peso do alimento processado cozido e o somatório do peso dos alimentos no seu estado inicial ou peso líquido do alimento cru (PHILLIPI, 2006; MARTINS, 2003).

Com base no que a literatura científica descreve, o objetivo deste trabalho foi averiguar como a não realização de fatores de cocção e correção dos alimentos destinados a pacientes podem afetar o andamento do Serviço de Nutrição e Dietética, incluindo o tratamento dietoterápico e o planejamento dos cardápios destinados às necessidades especiais, através de uma revisão de literatura.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura. Para o levantamento bibliográfico, optou-se pela busca de artigos nacionais em língua portuguesa, publicados no período de 2000 a 2016, disponíveis nas bases de dados pertencentes à *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América (PubMed).

Foram utilizados os seguintes descritores em ambas bases de dados: “hospital” associado ao conectivo “E” aos termos “fator de correção”, “fator de cocção”, “desperdício”, obtendo 16 resultados combinados.

Para a delimitação dos artigos a serem utilizados para esta revisão foram inicialmente lidos os títulos, posteriormente os resumos, para então a leitura na íntegra do texto. A análise foi realizada considerando informações específicas de cada artigo relacionadas ao ano de publicação, tipo de pesquisa e instrumento utilizado para coleta de dados. Foram excluídos os artigos repetidos, de períodos diferentes do proposto ou não relacionados ao serviço de alimentação hospitalar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta revisão incluiu 16 artigos, relacionados à relação entre fator de cocção e correção, com as dietas elaboradas em unidades de alimentação hospitalar.

Uma UAN hospitalar, também denominada Serviço de Nutrição e Dietética (SND) pode ser caracterizada como responsável por colaborar na prevenção e recuperação da saúde da população que atende (TEIXEIRA, 2000). A dieta hospitalar garante o aporte de nutrientes ao paciente hospitalizado, permitindo preservar ou recuperar seu estado nutricional através do seu papel terapêutico em doenças crônicas e agudas (AUGUSTO et al., 2009) e também pode atuar reduzindo o sofrimento nesse período (GARCIA, 2006).

Para Isosaki et al. (2009), as dietas hospitalares podem ser uniformizadas segundo as modificações qualitativas e quantitativas da alimentação normal, incluindo mudanças na consistência, temperatura, volume, valor calórico total, alterações de macronutrientes e restrições de nutrientes, obtendo a classificação a partir das suas principais características. A padronização das dietas possui o objetivo de manter um atendimento nutricional seguro e de qualidade ao paciente, por isso as dietas são classificadas em três grupos, dietas de rotina, modificadas, especiais (WAITZBERG, 2000). Além disso, essa padronização simplifica o trabalho na produção e distribuição das refeições, necessitando ser flexível para facilitar adequações às condições e necessidades individuais dos pacientes (ISOSAKI et al., 2009).

De acordo com Martins et al. (2001), uma forma de padronizar as refeições servidas no hospital, as indicações e as características de cada dieta ou a sua adequação nutricional, é introduzir o manual de dietas hospitalares. Dessa maneira, as dietas são elaboradas considerando-se o estado nutricional e fisiológico das pessoas já que em situações hospitalares, devem estar adequadas ao estado clínico do paciente, além de proporcionar melhoria na sua qualidade de vida (WAITZBERG et al., 2009).

De acordo com Nonino-Borges et al (2006), dentro do hospital, o SND é a área de produção de refeições que tem como funções, desde compras, recepção, armazenamento e processamento de alimentos para distribuição e verificação do consumo.

Cabe ao nutricionista elaborar as fichas técnicas de preparação em quaisquer ambientes hospitalares, domicílio, restaurantes. A implantação de fichas técnicas auxilia em todo o processo de produção, melhora o trabalho do profissional de produção, o controle dos nutrientes oferecidos, assegurando a qualidade alimentar a favor da saúde dos indivíduos atendidos. (AKUTSU et al., 2005).

De acordo com Ornelas (2007), a elaboração das fichas técnicas, dentre os fatores importantes para determinar a quantidade de alimentos a serem utilizados nas preparações e de que forma isso pode evitar o desperdício são fator de correção e cocção, obtidos através da determinação do peso bruto (PB) e líquido (PL) dos alimentos no pré-preparo e na preparação pronta.

Para obtenção do PB, os alimentos são pesados antes do pré-preparo somando o resíduo com a parte comestível do alimento e o PL representa a parte aproveitável do alimento na receita (DOMENE, 2011). O FC é calculado com os valores do peso bruto e líquido de cada alimento utilizado na preparação, através da seguinte fórmula: $FC = PB/PL$ (ORNELAS, 2007). Já o fator de cocção é a relação entre o rendimento (peso da preparação pronta cozida) e o PL (soma dos ingredientes crus), pela fórmula: $\text{Fator de cocção} = \text{peso da preparação pronta cozida} / \text{soma dos ingredientes crus (PL)}$. Quando o fator de cocção for menor que 1, o alimento perdeu peso e desidratou, sendo que quando for maior que 1, o alimento ganhou peso e hidratou (DOMENE, 2011).

Com a ficha técnica é possível avaliar custos, quantidades a serem usadas, valor nutricional da preparação, o *per capita*, rendimento, entre outros. Assim previne-se o desperdício na unidade de alimentação, e aproveitamento integral dos investimentos efetuados (VASCONCELLOS; CAVALCANTI; BARBOSA, 2002).

A fim de garantir o controle de custo das refeições, propõe-se a elaboração cardápios básicos que serão oferecidos pelo S.N.D., também conhecidos como Mapa Dietético (VIEIRA et al., 2013). Estes cardápios devem satisfazer as necessidades energéticas e em nutrientes desejáveis ao indivíduo, objetivando ao máximo satisfazer o paladar do paciente, para que ele não venha a rejeitar as refeições oferecidas (CAMPOS, 2009).

É imprescindível tentar usar o mesmo alimento em diversas preparações, com o objetivo de atender todas as patologias, evitando assim, aumento custos financeiros e desperdício de matéria-prima. A elaboração de cardápios básicos com gêneros disponíveis no mercado torna-os representativos da situação, facilita o abastecimento, garante o padrão de qualidade das mercadorias, além de possibilitar uma provável minimização do custo (ORNELAS, 2007).

O manual das dietas hospitalares tem como objetivo facilitar o trabalho da equipe da dietoterapia e da produção do hospital, respeitando a disponibilidade, o cardápio da instituição, os hábitos ou preferências, a patologia e as necessidades nutricionais, a evolução dos pacientes e a região dos mesmos. (MARTINS et al., 2001). A tabela mostra um exemplo de Mapa Dietético que poderia ser usado em âmbito hospitalar.

Tabela. Mapa Dietoterápico.

Preparação	Normal	Pastosa	Branda	Hipossódica	Hipolipídica	Diabetes Melitus	Laxante	Constipante
Entrada	Alface, tomate e cenoura ralada	Purê de cenoura	Cenoura e brócolis cozidos	Alface, tomate e cenoura ralada	Alface, tomate e cenoura ralada	Alface, tomate e cenoura ralada	Alface, tomate e cenoura ralada	Cenoura cozida
Prato Principal	Bife acebolado	Carne desfiada	Bife de panela	Bife acebolado sem sal	Bife acebolado	Bife acebolado	Bife acebolado	Bife sem cebola
Guarnição	Batata soutté	Purê de batatas	Batata cozida	Batata cozida sem sal	Batata cozida	Brócolis refogado	Brócolis refogado	Batata cozida
Prato Base 1	Arroz branco	Arroz papa	Arroz branco	Arroz branco sem sal	Arroz branco	Arroz integral	Arroz integral	Arroz branco
Prato Base 2	Feijão carioca	Feijão amassado	Feijão carioca	Feijão carioca sem sal	Feijão carioca	Feijão carioca	Feijão carioca	-
Sobremesa	Gelatina de morango	Gelatina de morango	Gelatina de morango	Gelatina de morango	Gelatina de morango	Gelatina diet	Gelatina de morango	Gelatina diet
Suco	Acerola	Acerola	Acerola	Acerola	Acerola	Acerola sem açúcar	Acerola	Goiaba sem açúcar

Fonte: Elaborado pela autora.

Observando a tabela é possível verificar como apenas mudando a forma de preparação de determinado alimento dá para adequá-lo e utilizá-lo na individualidade de cada paciente, o que reduz gastos, facilita a preparação e ainda evita desperdícios.

Na literatura existem poucos estudos observacionais focados na produção de alimentos dentro do hospital, principalmente em relação a fichas técnicas e como fatores de correção e cocção implicam na elaboração de mapas dietéticos e possíveis desperdícios que poderiam ser evitados caso houvesse controle efetivo do mesmo. Há poucos dados que possam servir de referência sobre a temática apresentada, sugere-se a realização de mais estudos, já que o país está em um período de crise, e assim seria uma forma de identificar maneiras de amenizar o desperdício de alimentos no âmbito hospitalar e ao mesmo tempo garantir o aporte nutricional necessário para o paciente.

CONCLUSÃO

Perante esta pesquisa foi observado que, em um serviço de nutrição e dietética, no qual o foco é possibilitar ao paciente uma alimentação balanceada e com enfoque principal na melhora de seu estado de saúde, é de suma importância minimizar ao máximo perdas dos alimentos antes e durante seu preparo, além disso, se faz necessário conhecer técnicas que auxiliem os profissionais envolvidos na área de elaboração de um mapa de dietas propondo características nutricionais relevantes à melhora do estado patológico dos pacientes.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Luciane Busato. **Redução do desperdício de alimentos na produção de refeições hospitalares**. Disponível em:

http://lproweb.proccempa.com.br/pmpa/prefpoa/sma/usu_doc/luciane_busato_do_amaral._tcc.pdf. Acesso em outubro de 2016.

AKUTSU, R. C. et al. A ficha técnica de preparação como instrumento de qualidade na produção de refeições. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 2, p. 277-279, 2005.

ASSIS, A. M. O.; SANTOS, S. M. C.; FREITAS, M. C. S.; SANTOS, J. M.; SILVA, M. C. M. O programa saúde da família: contribuição para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. **Revista de Nutrição**, Campinas 15(3): 255-266 set/dez, 2002.

AUGUSTO, A. L. P. et al. **Terapia Nutricional**. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

- BRADACZ, Dulce-cléa. **Modelo de gestão da qualidade para o controle de desperdício de alimentos em Unidades de Alimentação e Nutrição**. 2003. 172 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.
- CAMPOS, Jussara Maysa Silva. **Avaliação qualitativa e quantitativa do cardápio de uma unidade hospitalar em Brasília-DF**. 2009. Disponível em: <http://bdm.unb.br/handle/10483/473>. Acesso em outubro de 2016.
- CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Resolução Nº 417**. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://bit.ly/1NCy7q5>>. Acesso em: setembro 2016.
- DOMENE, S. M. Á. **Técnica Dietética: teoria e aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- HIRSCHBRUSH, Marcia Daskal. Unidades de Alimentação e Nutrição: Desperdício de Alimentos X Qualidade da Produção. **Higiene Alimentar**, São Paulo, v. 12, n.55, p.12-14, maio 1998.
- ISOSAKI, M. CARDOSO, E. OLIVEIRA, A. De. **Manual de dietoterapia e avaliação nutricional: Serviço de Nutrição e dietética do Instituto do Coração- HCFMUSP**, 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.
- LEITE, H. P.; CARVALHO, W. B.; SANTANA, J. F.; MANESES, J. F. Atuação da equipe multidisciplinar na terapia nutricional de pacientes sob cuidados intensivos. **Revista de Nutrição**, Campinas, 18 (6): 777-784, nov./dez., 2005.
- MARCHINI et al. **Desperdício de alimentos intra-hospitalar**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732006000300006. Acesso em outubro de 2016.
- MARTINS, C. C. **Padronização das preparações de restaurante do tipo self-service**. Universidade de Brasília. Centro de Excelência em Turismo. Curso de Especialização em Qualidade de Alimentos. Brasília – DF, 2003. p. 66.
- MARTINS, C. et al. Manual de dietas hospitalares. **Nutro Clinica**, 2001.
- NONIMO-BORGES, C. B.; RABATI, E. I.; SILVA, K.; FERRAZ, C. A.; CHIRELLO, P.G.; SANTOS, J. S.; MARCHINI, J. S. Desperdício de alimentos intra-hospitalar. **Revista de Nutrição**, Campinas, 19(3): 349-356 maio/jun., 2006.
- ORNELAS, L. H. **Técnica dietética: seleção e preparo de alimentos**. 8. ed. rev. ampl. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 54.

- PHILLIPI, S. T. **Nutrição e técnica dietética**. 2. ed. rev. e atual. Barueri, SP: Manole, 2006. p. 45.
- SOARES, B.M; VALDUGA, L; GOES, V.F. **Determinação e Avaliação do Fator de Correção de Hortaliças em uma Unidade de Alimentação e Nutrição de Guarapuava - PR**. Disponível em: <http://www.pgskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/568/536>. Acesso em outubro de 2016.
- SOUSA, A. A.; PROENÇA, R. P. C. Tecnologias de gestão dos cuidados nutricionais: recomendações para qualificação de atendimento nas unidades de alimentação e nutrição hospitalares. **Revista de Nutrição**, Campinas, 17(4): 425-436 out./dez., 2004.
- TEIXEIRA, S. M. F. et al. **Administração aplicada às Unidades de Alimentação e Nutrição**. São Paulo. Editora Atheneu, 2001.
- VASCONCELLOS, F.; CAVALCANTI, E.; BARBOSA, L. **Menu: como montar um cardápio eficiente**. São Paulo: Roca, 2002.
- VAZ, Célia Silvério. **Restaurantes – Controlando custos e aumentando lucros**. Brasília: LGE, 2006. 196 p.
- VIEIRA, Maria de Fátima Viana et al. **Administração do serviço de nutrição e dietética**. 2013.
- WAITZBERG, D. L. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. 4ªed. São Paulo: Editora Atheneu. V. 1. Cap.36. p.649-663, 2009. **IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Tabelas de Composição de alimentos. Rio de Janeiro, 5ª edição, 1999.

LESÕES CUTÂNEAS EM PACIENTE GESTANTE COM SÍFILIS: REAÇÃO DERMATOLÓGICA OU EVOLUÇÃO DA DOENÇA?

Gabriella Thais Pereira Braga, Universidade Católica de Brasília, belela_thais@hotmail.com, Pedro Márcio de Moura Costa, Universidade Católica de Brasília, pedro.moura.costa0205@gmail.com, Matheus Araujo Honorato, Universidade Católica de Brasília, arhosfly@hotmail.com, Gabriela Miranda Nascimento, Universidade Católica de Brasília, gabrielamirandanasc@gmail.com, Gabriela Galdino Faria Barros, Hospital Santa Marcelina Itaquera, gabigaldino@me.com

Palavras chaves: *Treponema pallidu. Venereal Disease Research Laboratory.* Penicilina benzatina. Lesões eritematovioláceas.

Introdução

A sífilis, doença causada pela espiroqueta *Treponema pallidum*, muito afeta a saúde pública brasileira. Em média, 80% das mulheres com sífilis estão em idade reprodutiva, com risco de transmissão vertical a qual pode acontecer em qualquer fase da doença. O comprometimento fetal e a evolução da doença para fases mais avançadas podem ser reduzidos, se realizado o rastreio adequado e tratamento. No Brasil o exame de rastreio preconizado é o VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*), sendo o mesmo solicitado no primeiro e terceiro trimestre da gestação, assim como no momento do parto. Tal método de rastreio apresenta uma baixa taxa de falso-positivos e devido ao contexto de urgência do tratamento no ciclo gravídico puerperal o mesmo deve ser instituído se VDRL é de 1:1. A sífilis pode se apresentar com uma variedade de sintomas dependendo do estágio em que se encontra, ou mesmo ser assintomática e ter somente alteração laboratorial. Muito comumente a sífilis primária passa despercebida, uma vez que é uma lesão indolor e pode se localizar na mucosa vaginal e cervical; contudo a sífilis secundária apresenta-se com exantema maculopapular em tronco e raiz de membros não poupando regiões palmar e plantar. O tratamento preconizado é com a penicilina benzatina, com variação da posologia de acordo com o estágio da doença.

Material e Métodos.

As informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com a paciente, registro fotográfico e revisão da literatura, reforçando o anonimato da paciente, a sua autorização para uso das imagens e sigilo das informações para outros fins senão os de pesquisa.

Relato de experiência e Discussão.

MKBF, sexo feminino, 21 anos, primigesta, desconhece a data da última menstruação e sem exame ultrassonográfico que datasse a gestação. Encaminhada para o pré – natal de alto risco por apresentar VDRL de 1:64, sendo tratada com três doses de penicilina benzatina, devidamente comprovadas. Logo após a última dose do tratamento, apresentou lesões eritematovioláceas em placas em tronco, membros superiores e inferiores não poupando região palmar e plantar (Figura 1), pruriginosas.

Figura 1 – Lesões Eritematovioláceas



A partir do histórico, a hipótese diagnóstica foi de sífilis secundária diante das manifestações clínicas apresentadas. Enquanto seguia o diagnóstico, foi solicitado testes treponêmicos, não-treponêmicos, exame pré-natal e ultrassom. Os resultados: teste treponêmico reagente (FTA-Abs), e VDRL 1:8. Demais sorologias negativas. Devido ao mesmo aspecto das lesões, após três semanas e apesar da redução da titulação, optou-se por um novo ciclo de tratamento com penicilina benzatina, visto que a hipótese diagnóstica de sífilis secundária era persistente, e realização de biópsia excisional. Como paciente ainda apresentava prurido e mesma

característica das lesões, optou-se por associar dexametasona. Posteriormente, o resultado anatomopatológico foi de dermatite de interface liquenóide induzido por droga. O tratamento adequado à paciente é a penicilina benzatina, pois outras medicações utilizadas em gestantes não ultrapassam a barreira placentária. Com o aumento de casos, o aumento do uso da penicilina ocorrerá. De tal forma, é importante saber que a alergia à penicilina está presente em 5-10% das gestantes. O uso da penicilina também está relacionado à dermatite liquenóide, uma reação incomum que apresenta lesões eritematosas ou violáceas em tronco e extremidade, com prurido associado, que fazem diagnóstico diferencial com sífilis secundária.

Conclusão.

O tratamento adequado para a gestante é a penicilina benzatina, pois outras medicações utilizadas em não gestantes não ultrapassam a barreira placentária, ou são teratogênicas ou ainda não tem estudo suficientes sobre as mesmas. Concomitantemente com o aumento de casos diagnósticos, o aumento do uso da penicilina ira ocorrer. De tal forma, é importante saber que a alergia a penicilina esta presente em 5-10% das gestantes, sendo raras as reações alérgicas graves. Além do quadro alérgico, o uso da penicilina pode deflagrar a liberação maciça de lipopolissacarides das espiroquetas resultando na reação de *Jarish – Hexrheimer, rash* associado a tremor, taquicardia, febre e hipotensão de resolução espontânea em horas. O uso da penicilina também está relacionado à dermatite liquenóide, uma reação incomum, de patologia desconhecida, que apresenta lesões eritematosas ou violáceas em tronco e extremidade, com prurido associado, que fazem diagnóstico diferencial com sífilis secundaria. Reação essa que pode demorar anos ou meses para surgir, o que depende da concentração da droga, patologias e drogas utilizadas concomitantemente. No caso da penicilina tem um período de latência que varia de dois meses a três anos. A regressão completa somente ocorre com uso de corticoide oral e descontinuidade da droga, tendo a presença de reação pós-inflamatória com presença de hiperpigmentação, diferentemente da sífilis secundaria com desaparecimento espontâneo em dois a três semanas. Visto a epidemia de sífilis vivenciada e o consequente tratamento com penicilina, este diagnóstico diferencial deve ser aventado junto com outras alterações dermatológicas.

Referências Bibliográficas

Brauer J, Votava HJ, Meehans, Soter NA. Lichenoid drug eruption. *Dermatol Online J*, 2009.

Campos JEB, Passos FDL, Lemos EA et al. Significado laboratorial dos baixos títulos de VDRL para o diagnostico da sífilis em gestantes , á luz das provas treponêmicas. *J. Bras Doencas Sex Transm* 20 (1):12-7, 2008.

Geausau A, Kittler H, Hein U, et.al. Biological false–positive tests comprise a high proportion of Veneral Disease Reserch Laboratory reactions in an analysis of 300,000 sera. *Int J STD AIDS*, 16:722, 2005,

Hollier LM, Cox SM. Syphilis. *Sem perinatol*. 1998; 22(4):323-31

Johannes CB, Ziyadeh N, Seeger JD, et al, Incidence of allergic reactions associated with antibacterial use in a large, managed organism. *Drug Saf*, 30: 705, 2007.

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

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: UMA QUESTÃO DE FOCO

Matheus Araujo Honorato (arhosfly@hotmail.com) UCB;

Pedro Márcio Moura Costa (pedro.moura.costa0205@gmail.com) UCB;

Gabriella Thaís Pereira Braga (belela_thais@hotmail.com) UCB;

Gabriela Miranda Nascimento (gabrielamirandanasc@gmail.com) UCB.

Guilherme Borges Pereira (gbp.ucb@gmail.com)

PALAVRAS CHAVE: Imunidade celular. Multissistêmica. Exercício físico. Fadiga. Qualidade de vida.

INTRODUÇÃO

O Lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença autoimune, inflamatória crônica e multissistêmica, baseada no desequilíbrio da atividade de linfócitos B, exibindo diagnóstico suportado no quadro clínico associado, com parâmetros laboratoriais e danos irreversíveis a diversos órgãos. O diagnóstico é demorado e complexo, visto a diversidade de sintomas que podem ser confundidos com outras doenças. Esta revisão de literatura tem como objetivo abordar os temas gerais da doença, focando os aspectos imunológicos/fisiológicos e discutindo a sua relação sintomática com a fadiga proveniente de exercício físico, oferecendo uma conduta humanizada no tratamento aos pacientes.

METODOLOGIA

As bases eletrônicas de dados utilizadas para a seleção dos artigos relevantes foram: Google Acadêmico, Scielo e Pubmed. As palavras-chave utilizadas na busca foram: “Lupus Eritematoso Sistêmico”, “Lupus”, “LES exercício físico” e “LES fadiga”. Utilizou-se a pesquisa booleana como estratégia de busca da seguinte forma: “LES” ou “Lupus Eritematoso Sistêmico”; “LES” e “exercício físico”, apropriada a cada base eletrônica. Com o intuito de refinar as buscas nas bases de dados, foram também realizadas buscas com as palavras-chave traduzidas para o inglês, de forma que a palavra-chave “systemic lupus erythematosus” estivesse contida no título.

Foram selecionados estudos publicados nos últimos 11 anos, de 2006 até outubro de 2017, considerando apenas os trabalhos disponíveis e completos com seres humanos, nas línguas inglesa e portuguesa. Os tipos de artigos selecionados foram tanto originais como também de revisão. Além

disso, foram excluídos os artigos publicados apenas na forma de resumo, estudos repetidos e publicações fora do período de inclusão.

RESULTADO E DISCUSSÕES

O LES se baseia em uma doença autoimune onde há um desequilíbrio da função imune, gerando no paciente a perda da capacidade de diferenciar seu organismo de sistemas de patógenos, deixando todos os tecidos e órgãos suscetíveis a serem atingidos de forma não previsível e em várias combinações por seus próprios mecanismos de defesa. Ocorre também a ativação de linfócitos B policlonais, com indução da síntese exacerbada de anticorpos, se acumulando principalmente nas articulações, rins, pulmões, coração e sangue, induzindo resposta pró-inflamatória descontrolada. Estes fatores levam ao remodelamento tecidual com formação de fibrose e sinais de alterações degenerativas sistêmicas nos órgãos acometidos.

A pele, músculos, articulações, rins, coração e sistema nervoso central são os locais mais incidentes da LES, sendo comum a alternância entre fases exacerbadas (fortes) e fases com remissões (abrandamento) da doença. O acometimento pode ser leve, afetando somente, por exemplo, a pele, mas também pode ser sistêmico. A ocorrência cutânea baseia-se em manchas, bolhas e pápulas avermelhadas. Quanto aos rins, ocorre nefrite lúpica, fruto do processo inflamatório, afetando néfrons e outras estruturas, podendo causar insuficiência renal crônica, indicando-se a hemodiálise e o transplante renal como possíveis tratamentos. No sangue, a LES estimula citocinas inibitórias da eritropoese, impedindo a formação de hemácias, resultando em anemia, podendo adquirir também a forma hemolítica autoimune através da destruição de hemácias pelos autoanticorpos. No SNC, podemos gerar cefaleia, acidente vascular cerebral e a neuropatia periférica.

A LES é mais incidente em mulheres negras grávidas ou no período fértil, podendo ser relacionada a fatores genéticos, desequilíbrios hormonais ou fatores ambientais, como a exposição à radiação UV e alguns medicamentos. A morte em paciente com Lúpus se relaciona com os danos crônicos desenvolvidos pela doença, como as citadas anteriormente.

O tratamento baseia-se na combinação de analgésicos, glicocorticóides e imunossupressores, dependendo do grau da doença. Visto os efeitos colaterais dos medicamentos citados, podem ser escolhidos outros métodos de oferecer ao indivíduo com LES, uma qualidade normal de vida. O exercício físico é uma das melhores opções não-farmacológicas de tratamento. Evidências científicas indicam que a prática regular de exercícios pode reduzir os sinais e sintomas da LES, como a fadiga. Além disso, a prática regular de exercícios físicos pode melhorar a função

imunológica, diminuindo sintomas e reduzindo a atividade da doença. Sendo assim, o exercício físico é um importante aliado no aumento da qualidade de vida do paciente.

Outro ponto importante na terapêutica LES, é o controle da fadiga, sintoma recorrente nos pacientes. Neste aspecto, entramos no âmbito psicológico da doença. Intervenções nos distúrbios de humor e melhora nos fatores psicossociais do paciente contribuem para a melhora da fadiga, como um efeito amortecedor. No Brasil, a “Associação Brasileira superando o Lúpus”, possui diversas ações importantes, trazendo ideias que ajudam o paciente com LES lidar com sua doença através do estabelecimento dos direitos frente as opções de tratamento, pela criação de ambiente de troca de informações sobre a LES com pacientes familiares e amigos ou estimulando a interação entre aqueles que possuem este acometimento.

CONCLUSÃO

Visto os sintomas, ocorrências, tratamentos e complicações do LES, podemos afirmar que esta é uma doença severa e que deve ser acompanhada por uma equipe multiprofissional de saúde treinada, com o objetivo de oferecer a melhor qualidade de vida possível ao paciente. Novas pesquisas científicas e estudos sobre a enfermidade são pouco encontrados visto que a literatura ainda é escassa. O combate às lesões causadas e o acompanhamento psicológico são armas eficientes no combate desta enfermidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- LEITE, C. F.; SANTOS, M. N.; ROMBALDI, A. J.; Efeitos da prática regular de exercícios físicos por portadores de lúpus eritematoso sistêmico: estudo de revisão. *Conexões*, Campinas, SP, v.11, n.3, p.166-175, set. 2013. ISSN 1983-9030. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/conexoes/article/view/8637609>>. Acesso em: 27 set. 2017.
- Lúpus eritematoso sistêmico: acometimento cutâneo/articular. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v.52, n.6, p.384-386, Dec. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302006000600012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 Sept. 2017.
- PEREIRA, M. Graça; DUARTE, Sílvia. Fadiga intensa em doentes com lúpus eritematoso sistêmico: Estudo das características psicométricas da escala da intensidade da fadiga. *Psic., Saúde & Doenças*, Lisboa, v.11, n.1, p.121-136, 2010. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862010000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 27 set. 2017.

MARCADORES CARDÍACOS: METODOLOGIA UTILIZADA NA AUTOMAÇÃO

Ana Carolina Evaristo Faria ¹, Mayara Godinho de Souza², Silvia Regina da Silva Leal², Fabiana Nunes de Carvalho Mariz¹, Yara de Fátima Hamú¹

2. Universidade Católica de Brasília, 2. Hospital Regional da Ceilândia

anacarolinaefaria@gmail.com, may.godinho@gmail.com, silvialleal@gmail.com,
marizfabianan@gmail.com, yarafhamu@gmail.com

Palavras-chave: Infarto agudo do miocárdio. CK-MB massa. Mioglobina. Troponina.

Introdução

Marcadores cardíacos são substâncias intracelulares que aumentam na circulação sanguínea em caso de lesão do miocárdio. Os níveis destes biomarcadores circulantes são usados para descartar ou confirmar a ocorrência do infarto agudo de miocárdio – IAM e a extensão da lesão muscular. Esses biomarcadores são a troponina - TnI, a creatina cinase - CK, a CK fração MB – CK-MB, CK-MB massa e mioglobina (SBPC, 2011).

Troponinas são proteínas estruturais envolvidas no processo de contração das fibras musculares esqueléticas e cardíacas. O complexo troponina é composto por três isoenzimas T, I e C. Considera-se a TnI altamente específica ao miocárdio, uma vez que não se expressa no músculo esquelético. (GODOY; BRAILE; NETO, 1998). A TnI cardíaca tem valores aumentados na circulação sanguínea entre 4 a 6 horas após o IAM e atinge seu pico de concentração entre 12 a 18 horas após o evento. Podendo permanecer elevados por mais de uma semana (MOTTA, 2003).

A mioglobina é uma proteína de ligação do oxigênio encontrada no músculo esquelético e cardíaco. Na ocorrência de lesão celular no IAM, a mioglobina é liberada na circulação sanguínea. Os níveis desta proteína se elevam em torno de 2 horas após o IAM atingindo seu pico em torno de 6 a 9 horas (MOTTA, 2003).

A CK é encontrada na musculatura cardíaca, esquelética e no tecido cerebral constituindo um importante marcador da lesão cardíaca e muscular esquelética, a isoenzima CK-MB é uma forma híbrida da CK predominante no músculo cardíaco, seu aumento plasmático acontece em um intervalo de 3 a 6 h após a ocorrência do infarto, atingindo o pico máximo em 12 a 24 h retornando aos níveis de referência dentro de 24 a 48 h. Preferencialmente, deve-se realizar a dosagem da massa de proteína correspondente à isoenzima CK-MB massa e não da atividade enzimática, apresenta melhor sensibilidade analítica por detectar lesões no miocárdio 1 a 2 horas antes do CK-

MB. A CK-MB massa produz uma menor incidência de resultados falsos-positivos devido ao fato do teste não sofrer interferência de outras enzimas com atividade semelhante (MEDCORP, 2017).

O objetivo desse estudo foi descrever a metodologia utilizada no aparelho *Access 2* da *Beckman Coulter* para avaliação dos marcadores cardíacos: TnI, mioglobina e CK-MB massa no laboratório do pronto socorro do Hospital Regional da Ceilândia – HRC.

Materiais e Métodos

Estudo do manual de funcionamento do equipamento *Access 2* da *Beckman Coulter* e levantamento bibliográfico sobre os marcadores cardíacos e as metodologias utilizadas na detecção dos níveis séricos destas proteínas. Os parâmetros analisados foram TnI, mioglobina e CK-MB massa.

Resultados e Discussão

A metodologia utilizada no equipamento é um imunoensaio enzimático de sítio duplo (tipo sanduiche). Nesse sentido, a amostra é adicionada a um recipiente de reação contendo o conjugado anticorpo monoclonal de rato antibiomarcador pesquisado ligado a fosfatase alcalina, partículas paramagnéticas revestidas com anticorpo de cabra antibiotina e conjugado anticorpo monoclonal de rato antibiomarcador pesquisado ligado a biotina. O biomarcador presente no soro humano liga-se ao conjugado anticorpo antibiomarcador pesquisado ligado a biotina fixando-se nas partículas paramagnéticas revestidas com anticorpo de cabra antibiotina, enquanto o conjugado anticorpo de rato antibiomarcador pesquisado ligado a fosfatase alcalina reage especificamente com um sítio antigênico diferente presente no biomarcador. Após a incubação num recipiente de reação, os materiais ligados à fase sólida são retidos num campo magnético enquanto os materiais não ligados são removidos por lavagem. Em seguida, o substrato quimioluminescente, Lumi-Phos* 530, é adicionado ao recipiente e a luz gerada pela reação é medida com um luminômetro. A produção de luz é diretamente proporcional à concentração do biomarcador presente na amostra (BECKMAN COULTER, 2003, 2005, 2010).

Considerações Finais

A metodologia supracitada é para diagnóstico *in vitro* e apresenta sensibilidade analítica. Portanto, em ensaios que utilizam anticorpos existe a possibilidade de interferência de anticorpos inespecíficos. Pacientes expostos regularmente à animais, submetidos a imunoterapias ou procedimentos diagnósticos que utilizaram imunoglobulinas podem produzir anticorpos que

interferem nos imunoensaios. Outros potenciais interferentes são: fator reumatoide, fosfatase alcalina endógena, fibrina e proteínas ligadas a fosfatase alcalina. Em síntese, os biomarcadores analisados por este método apresentam imprecisão total inferior a 8% por todo intervalo fisiológico esperado. A interpretação dos resultados faz-se associada a anamnese, ao exame físico e a teste adicionais.

Referências Bibliográficas

BECKMAN COULTER. **Access Immunoassay Systems AccuTnI**. Beckman Coulter, 2010.

Disponível em:

https://www.beckmancoulter.com/wsrportal/ajax/downloadDocument/A34077F.pdf?autonomyId=TP_DOC_111223&documentName=A34077F.pdf. Acesso em: 26 set. 2017.

BECKMAN COULTER. **Access Immunoassay Systems CK-MB**. Beckman Coulter, 2005.

Disponível em:

<http://www.albalab.com.br/assets/repositorio/produto/4b3390f9f1626.531386371.pdf>. Acesso em: 26 set. 2017.

BECKMAN COULTER. **Access Immunoassay Systems Myoglobin**. Beckman Coulter, 2003.

Disponível em:

<http://www.albalab.com.br/assets/repositorio/produto/4b3390fa02314.511973243.pdf>. Acesso em: 26 set. 2017.

GODOY, M.F., BRAILE, D.M., NETO, J.P. A Troponina como Marcador de Injúria Celular Miocárdica. **Arq. Bras. Cardiol.** Sao Paulo, 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X1998001000013. Acesso em: 2 out. 2017.

MEDCORP. **CK-MB (MMB)**. Disponível em:

http://www.medcorp.com.br/medcorp/upload/textos/marcadores_CKMB.html. Acesso em: 26 set. 2017.

MOTTA, V.T. **Bioquímica Clínica para o Laboratório: Princípios e Interpretações**. 4 ed. Porto Alegre: Missau, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA CLÍNICA (SBPC). **Marcadores Cardíacos**. Lab Tests Online, 2011. Disponível em:

<http://www.labtestsonline.org.br/understanding/analytes/cardiac-biomarkers/>. Acesso em: 25 set. 2017.

MÉTODO MÃE CANGURU: BENEFÍCIOS PARA OS RECÉM-NASCIDOS DE BAIXO PESO

Carolina Flores Welker, Universidade Católica de Brasília, carolinafwelker@gmail.com.

Lia Mara Mesquita Rosa, Universidade Católica de Brasília, liamararbd@yahoo.com.br.

Luiza Ferreira Pinto, Universidade Católica de Brasília, ferrisluiza@gmail.com.

Naira Lobo De Oliveira Sevilla León, Universidade Católica de Brasília, nairalobo3@gmail.com.

Demétrio Antônio Gonçalves da Silva Gomes, Universidade Católica de Brasília,
demetriogoncalves@hotmail.com.

Palavras-Chave: Cuidado Mãe Canguru. Sinais vitais. Aleitamento. Aspectos psicoafetivos. Prática humanizada.

Introdução

Em países em desenvolvimento, o maior desafio para a redução da mortalidade infantil consiste no alto percentual de morbimortalidade de neonatos de baixo peso ao nascimento. Anualmente, cerca de um terço das 20 milhões de crianças que nascem com menos de 2.500 g em todo o mundo morre antes de completar um ano de vida, particularmente os recém-nascidos de baixo peso (RNBP). Esses RNBP exigem atenção especializada para sua sobrevivência, visto que demandam uma gama de recursos, como profissionais qualificados e equipamentos, pois seu completo desenvolvimento é influenciado por uma diversidade de fatores interligados entre si, como condições ambientais, sociais, genéticas e comportamentais (CHARPAK et al., 2001; WHO, 2003).

O atendimento perinatal de qualidade associado a intervenções de baixo custo foi uma opção encontrada para substituir os cuidados tradicionais aos recém-nascidos de peso baixo (que exigiam alto custo), já que é capaz de prevenir ou tratar grande parte das causas de morte neonatal de uma forma prática e efetiva. Dessa forma, a assistência neonatal humanizada tem sido uma alternativa proposta pelo Ministério da Saúde (MS) nos últimos anos, principalmente, por meio da implantação do Método Mãe Canguru pelo MS (Portaria n 693 de 05/07/2000).

Diversos estudos realizados ao redor do mundo têm evidenciado os benefícios do Método Mãe Canguru para os RNBP, no que tange ao controle dos sinais vitais, ao ganho de peso, à diminuição do tempo de internação e ao estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe, pai e filho. No Brasil, a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso integra os avanços tecnológicos e

os cuidados técnicos à atenção psicológica, afetiva e emocional à família do neonato, que, uma vez considerada alvo das ações da equipe de saúde, consiste em um forte núcleo de apoio para a rápida recuperação da criança (BRASIL, 2014).

O presente trabalho visa reunir os diversos benefícios do Método Mãe Canguru ao recém-nascido de baixo peso apresentados na literatura, abrangendo tanto aspectos biológicos que envolvem o neonato quanto aspectos psicoafetivos que advêm do fortalecimento da relação familiar.

Material e Métodos

Foi realizada uma pesquisa na base de dados CAPES, utilizando o descritor “Método Canguru”, “recém-nascido” e “benefícios”. Não houve restrição quanto ao ano de publicação, nem ao idioma do artigo. Foram selecionados estudos longitudinais e transversais que se enquadram no tema proposto da presente revisão bibliográfica, ou seja, que abordam os benefícios do método canguru para os recém-nascidos de baixo peso. Foram consultados, também, documentos publicados pelo Ministério da Saúde, disponíveis na página da Biblioteca Virtual em Saúde.

Resultados e Discussão

O Método Mãe Canguru, internacionalmente conhecido como Cuidado Mãe Canguru (CMC), foi inicialmente idealizado em 1979, em Bogotá, pelos Dr. Reys Sanabria e Dr. Hector Martinez, em decorrência da infraestrutura inadequada para o atendimento dos neonatos pré-termo (LAMY FILHO et al., 2008). No Brasil, o Método Canguru passou a ser uma política de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso, que consiste, principalmente, no acolhimento ao bebê e sua família, respeito às singularidades, promoção do contato pele a pele (posição canguru) e no envolvimento da mãe nos cuidados com o filho. Uma das resoluções principais do Método Canguru é propiciar mais precocemente a alta hospitalar e continuar incentivando o contato pele a pele no domicílio, até cerca de quarenta semanas de idade gestacional (ALMEIDA, ALMEIDA, FORTI, 2007; BRASIL, 2002; TOMA, 2003).

A implantação do Método Canguru visa a um vínculo filho-mãe que auxilie no desenvolvimento psicomotor do recém-nascido, notadamente, os de baixo peso e estimule o aleitamento materno. O CMC traz uma série de benefícios ao RNBP, principalmente, no que se refere à melhoria dos sinais vitais. O Método Canguru é capaz de promover o aumento significativo da temperatura corporal do neonato após 30 minutos de contato pele a pele entre mãe e recém-nascido (RN). Nesses casos, a mãe substitui a incubadora mantendo o bebê aquecido por meio do

íntimo contato entre eles (BRASIL, 2002; TOMA, 2003). Percebe-se, dessa maneira, um aperfeiçoamento do controle térmico do RN, o que é de suma importância para o neonato, visto que recém-nascidos de baixo peso possuem dificuldade na manutenção da temperatura corpórea, em virtude, principalmente, da falta de sudorese, da produção defeituosa de calor por menor movimentação, da imaturidade dos centros nervosos, da escassez de tecido celular subcutâneo e da oferta de oxigênio, limitada por distúrbios respiratórios (ALMEIDA, ALMEIDA, FORTI, 2007). Esses neonatos que participam do método canguru não sofrem hipotermia e a manutenção da temperatura corporal é parecida à obtida em uma incubadora bem controlada (BRASIL, 2002). Além disso, a posição canguru contribui para o ganho ponderal dos RN e evita consequências deletérias de perda de calor, prevenindo o aumento da apneia e o comprometimento no ganho de peso. O Método Canguru também colabora para o aumento da saturação periférica de oxigênio, com consequente diminuição na frequência respiratória e melhora na oxigenação dos tecidos, trazendo um maior conforto respiratório aos RNs. Ademais, a frequência cardíaca dos RN que participam do CMC pode estar diminuída, já que esses bebês são submetidos ao menor estresse, experiências mais calmas, tranquilidade no sono ou bradicardia. (ALMEIDA, ALMEIDA, FORTI, 2007). A tabela a seguir evidencia os sinais vitais e a saturação de oxigênio antes e após a aplicação do método.

Sinais vitais e SapO ₂		Mínimo	Mediana	Máximo	P valor
FC	ANTES	121,70	136,50	166,00	p = 0,538
	APÓS	118	139,3	176	p = 0,538
PAM	ANTES	42,6	51,4	62,7	p = 0,625
	APÓS	26	36,8	44,3	p = 0,625
FR	ANTES	29	41,35	46,6	p = 0,000
	APÓS	26	36,8	44,3	p = 0,000
SapO ₂	ANTES	80	93,8	98	p = 0,000
	APÓS	89	97,3	100	p = 0,000
Temp.	ANTES	35,4	36,4	36,8	p = 0,000
	APÓS	35,8	36,65	37,7	p = 0,000

FC= frequência cardíaca; PAM= pressão arterial média; FR= frequência respiratória; SapO₂= saturação periférica de oxigênio; Temp.= Temperatura.

Fonte: ALMEIDA, ALMEIDA, FORTI, 2007

A adoção do método também estimula o aleitamento materno exclusivo, durante o período de internação, promovendo, dessa forma, o ganho ponderal e o fortalecimento do vínculo afetivo mãe/filho, elementos essenciais para a sobrevivência desses recém-nascidos mais vulneráveis. O aleitamento precoce do bebê pré-termo promove a redução de perda de peso, eleva o nível de glicose sérico e diminui a bilirrubina não conjugada (COLAMEO, REA, 2006). Ademais, é fundamental para diminuir a incidência de infecções cruzadas hospitalares e promover a proteção adequada para sua recuperação e crescimento. O método canguru também é responsável por preparar a mãe para dar continuidade ao processo de aleitamento após a alta hospitalar, favorecendo maior frequência, precocidade e duração da amamentação (BRASIL, 2002). O Método Mãe Canguru também melhora a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo do recém-nascido, já que, promove a estimulação olfatória, auditiva, tátil, térmica e proprioceptiva (AZEVEDO et al., 2011).

Também cabe ressaltar que uma das contribuições do CMC é a de aumentar a confiança das mães para o cuidado com o bebê. Pais que realizam o CMC se sentem mais competentes, menos estressados e apresentam-se mais seguros em relação à preparação para a alta hospitalar (FURLAN et. al., 2003). O contato pele a pele entre pai/familiar significativo e o recém-nascido de baixo peso também deve ser incentivado, permitindo, dessa forma, estreitamento dos laços afetivos entre esses responsáveis e o RN. Mães que adotam o Método Mãe Canguru aceitam melhor os cuidados recebidos pelo bebê durante o atendimento hospitalar e possuem menores sentimentos de estresse (TOMA, 2003). O Método Mãe Canguru diminui, também, a dor e o estresse do bebê (evitando o aumento do nível de cortisol e prevenindo potenciais riscos ao cérebro do RN) e desenvolve no neonato sentimentos de serenidade e tranquilidade. Além do mais, o CMC possibilita menor permanência no hospital, reduz o número de RN em unidades de cuidado intermediários, devido a maior rotatividade dos leitos e diminui a quantidade de reinternações dos RNBP (BILLOTI et al, 2017; NEVES, 2006).

Conclusões

Diante dos dados apresentados, evidenciam-se os numerosos benefícios que o Método Mãe Canguru é capaz de oferecer aos RNBP: prevenção da hipotermia, melhora da oxigenação tecidual e da qualidade do sono, ganho de peso, estimulação sensorial, redução do tempo de internação e estimulação do aleitamento materno. No plano psicoafetivo, o CMC desempenha papel

determinante no fortalecimento do vínculo mãe-pai-filho, essencial para a recuperação do recém-nascido.

Em vista de todos esses benefícios, a mãe sente-se encorajada a perpetuar a prática para além dos limites do hospital, de forma a aplicar o método em sua própria casa, mesmo após a alta. Ademais, o método permite a construção de um forte núcleo de apoio familiar, capaz de motivar a mãe a continuar amamentando e direcionando especial atenção ao seu filho.

Por fim, ressalta-se que o Método Mãe Canguru humaniza a prática da assistência neonatal ao colocar a mãe e a família em posição de destaque na atenção ao recém-nascido de baixo peso, sendo uma estratégia viável financeiramente e de simples aplicação, fato que possibilita sua execução em um considerável e crescente número de hospitais e maternidades.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, C. M.; ALMEIDA, A. F. N.; FORTI, E. M. P. Efeitos do Método Mãe Canguru nos sinais vitais de recém-nascidos pré-termo de baixo peso. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos , v. 11, n. 1, p. 1-5, Feb. 2007 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552007000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Out. 2017.

AZEVEDO, V. M. G. O.; DAVID, R. B.; XAVIER, C. S. Cuidado mãe canguru em recém-nascidos pré-termo sob suporte ventilatório: avaliação dos estados comportamentais. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 11, n. 2, p. 133-138, June 2011 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Out.. 2017.

BILOTTI, C. C. et al. Método Mãe Canguru para recém-nascidos de baixo peso: revisão da literatura. **Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 3, p. 587-595, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n. 693, de 5 de julho de 2000. Aprova a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0693_05_07_2000.html. Acesso em: 14 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: caderno do tutor**, 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança: **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe canguru**, 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CHARPAK, N. et al. Randomized, controlled trial of Kangaroo Mother Care: results of follow-up at 1 year of Corrected Age. **Pediatrics** 2001;108:1072-9.

COLAMEO, A. J.; REA, M. F. O método mãe canguru em hospitais públicos do estado de São Paulo, Brasil: uma análise do processo de implantação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2006: v.22, n.3; 597-607.

FURLAN, C. E. F. B.; SCOCHI, C.G.S. FURTADO, M.C.C. Percepção dos pais sobre a vivência no método mãe-canguru. **Rev.Latino Americana de Enfermagem**, v.11, n.4, p.444-452, jul.ago. 2003

LAMY FILHO, F. et al. Avaliação dos resultados neonatais do método canguru no Brasil. **Jornal de Pediatria**, São Paulo, v. 84, n. 5, p. 428-435, 2008. Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572008000600009>. Acesso em 09 out. 2017.

NEVES, F. A. M.; ORLANDI, M. H. F.; SEKINE, C. Y et al. Assistência humanizada ao neonato de premature e/ou de baixo peso: implantação do Método Mãe-Canguru em Hospital Universitário. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 19, n. 3, jul./set. 2006.

TOMA, T. S. Método Mãe Canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 19, supl. 2, p. S233-S242, Jan. 2003 . Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 out. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Kangaroo Mother Care: a practical guide. Genebra: WHO; 2003. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42587/1/9241590351.pdf>. Acesso em 09 out. 2017.

MIOCARDIOPATIA HIPERTENSIVA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM RELATO DE CASO

Igor Diego Carrijo dos Santos, Universidade Católica de Brasília, igorcarrijo@gmail.com.

Lia Mara Mesquita Rosa, Universidade Católica de Brasília, liamararbd@yahoo.com.br.

Jéssica Borges Badú, Universidade Católica de Brasília, jessicabadu@gmail.com.

Lauriene de Souza Nogueira, Universidade Católica de Brasília, lauriene.s.nogueira@gmail.com.

Ana Cláudia Cavalcante Nogueira, Universidade Católica de Brasília,

nogueira.anaclaudia@gmail.com.

PALAVRAS-CHAVE: Cardiopatia hipertensiva. Hipertensão Arterial. Atenção Básica. Projeto terapêutico individual.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) pode ser definida como a elevação sustentada da pressão sistólica igual ou acima de 140 mmHg e /ou da pressão diastólica igual ou acima de 90 mmHg. Trata-se de uma patologia multifatorial que afeta mais de 1,2 bilhão de pessoas no mundo e cerca de 36 milhões de brasileiros, sendo considerada pela OMS o principal fator de risco cardiovascular evitável (SCALA, 2014). Uma vez mau controlada ou não tratada, a HA apresenta como complicações danos cardíacos, renais e acidente vascular encefálico (PLAVNIK et al., 2016).

Entre as complicações cardíacas, destacam-se as cardiopatias hipertensivas, sendo a mais comum delas a cardiopatia hipertensiva ventricular esquerda (CHVE), presente na maioria dos pacientes hipertensos (BOMBIG; PÓVOA, 2008). A hipertrofia do ventrículo esquerdo (HVE) consiste em uma resposta adaptativa do coração diante da sobrecarga de pressão, resultando na hipertrofia dos miócitos, o que leva ao aumento da espessura da parede ventricular esquerda.

Neste contexto, a Atenção Primária à Saúde, estratégia voltada para a saúde da família e comunidade em níveis de prevenção, tratamento e educação em saúde, representa uma importante ferramenta no controle das cardiopatias hipertensivas, tendo para tal, um programa específico.

O presente trabalho relata o caso de uma paciente idosa portadora de HVE secundária a hipertensão arterial sistêmica e a importância da atenção básica em tal contexto patológico.

MATERIAL E MÉTODOS

O caso apresentado a seguir foi obtido a partir do acesso ao prontuário eletrônico da

paciente, realizado no Hospital de Base do Distrito Federal.

O suporte teórico do trabalho foi obtido a partir de artigos publicados na base de dados Google Acadêmico, utilizando-se os seguintes descritores: "hipertensão arterial" e "cardiopatias hipertensivas". Não foi estabelecido limite de data de publicação. Foram, também, pesquisados documentos publicados pelo Ministério da Saúde a respeito da hipertensão arterial sistêmica, bem como a sétima diretriz de hipertensão arterial elaborada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia.

RELATO DO CASO

T.P.S., 70 anos, feminina, diagnosticada com hipertensão arterial sistêmica há 20 anos, refere ter miocardiopatia hipertensiva em tratamento por ressincronização cardíaca desde 2010 com fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 22%. Apresentação de ergoespirometria com volume de oxigênio com pico de 14,9 mmHg. Refere internações recentes com insuficiência cardíaca congestiva descompensada. Em 11/09/2017 apresentou início progressivo de dispneia até que em 14/08/2017 recorreu ao Hospital de Base do Distrito Federal relatando ortopneia e dispneia paroxística noturna. Associado ao quadro, refere tosse seca, por vezes associada a expectoração esbranquiçada e inapetência. Nega febre, mudança na medicação, alteração no padrão alimentar ou aumento da ingestão hidrossalina.

Comorbidades: portadora de marca-passo desde 09/07/2010, com ablação da via lenta nodal com radiofrequência em 2010. Estudo eletrofisiológico com dupla via nodal e taquicardia por reentrada nodal. Dislipidemia. Doença renal crônica não dialítica. Trombose Venosa Profunda em região poplíteia e gastrocnêmicas em membro inferior direito.

Em uso prévio de: AAS 100mgX1, Metoprolol 25mgX2, Amiodarona 200mgX2; Rosuvastatina 20mg; Furosemida 40mgX2; Espironolactona 25mgX1; Pantoprazol 40mg; Varfarin 2,5 mg X1.

O ecocardiograma transtorácico realizado no dia 25/08/2017 apresentou os seguintes resultados: parede posterior do ventrículo esquerdo: 8 mm (adequado); septo: 8 mm (adequado); diâmetro sistólico do ventrículo esquerdo: 69 mm (aumentado); diâmetro diastólico do ventrículo esquerdo: 74 mm (aumentado); aorta: 34 mm (aumento discreto – o adequado seria de 33 mm); átrio esquerdo (82 mm - muito aumentado – o adequado seria de 38 mm); fração de ejeção do ventrículo esquerdo (23% - diminuído – grave, o adequado seria acima de 55%); hipertrofia de ventrículo esquerdo acentuada; insuficiência mitral acentuada; insuficiência tricúspide moderada.

DISCUSSÃO

A miocardiopatia hipertensiva, bem como diversas outras doenças coronárias, é uma complicação da hipertensão arterial (HA) que merece importância por parte das equipes de saúde da família e comunidade. A abordagem inicial da HA deve ser direcionada para cada uma das formas clínicas que podem ser encontradas na assistência básica, de forma a garantir o tratamento mais efetivo e menos danoso ao usuário. Nesse sentido, a atenção deve ser multiprofissional, hierárquica e com forte ênfase nos aspectos da educação e da promoção de saúde, a fim de gerar um cuidado individualizado, personalizado, integral e humanizado ao paciente hipertensivo. Estabelecido o diagnóstico, é a partir das consultas que se agregam as outras atividades e orientações dos diversos profissionais envolvidos nos cuidados ao afetado pela hipertensão e, consequentemente, pela miocardiopatia hipertensiva.

Cabe ao médico de saúde da família e comunidade a análise dos riscos cardiovasculares do paciente, para que se possa definir o plano terapêutico individual, com o envolvimento de outros profissionais de saúde, na perspectiva da atenção integral de caráter multiprofissional, a qual deve estabelecer estratégias para impedir a instalação ou retardar a evolução das complicações crônicas da miocardiopatia hipertensiva, responsáveis pelos altos índices de incapacidade e morbimortalidade. Isso se faz possível ao se estabelecer uma rotina de orientações sobre as providências não farmacológicas, de consultas/avaliações e de análises clínicas, cuja periodicidade vai depender do grau de comprometimento diagnosticado, com reavaliações periódicas na frequência que o quadro clínico exigir e referenciamento e contrarreferenciamento do paciente aos demais níveis de atenção sempre que necessário. Além disso, o estabelecimento de padrão definido de retorno às consultas médicas, de acordo com a classificação de risco cardiovascular, a adesão ao tratamento por parte do paciente, seja ele farmacológico ou não, e o envolvimento das equipes de saúde também são de suma importância na prevenção, controle e tratamento da patologia.

É imprescindível ao profissional da atenção básica utilizar estratégias que melhorem a adesão às recomendações estipuladas, bem como criar vínculos entre a equipe multiprofissional e o paciente, a fim de se obterem melhores resultados no tratamento da cardiopatia. Isso se dá ao enfatizar os aspectos preventivos, informar o paciente do risco associado à patologia e os benefícios do tratamento, adaptar as orientações, respeitando os aspectos socioculturais do cardiopata, envolver os familiares nas informações e no plano terapêutico e utilizar apenas fármacos de suma importância, tornando o paciente um agente consciente dos mesmos, ao informar seus efeitos positivos e negativos por meio da educação continuada.

CONCLUSÃO

A Atenção Primária à saúde, implantada de forma sistematizada em conjunto com outras ações de equidade vertical, proporcionará uma maior qualidade de vida e tratamento aos pacientes hipertensos. Desse modo, uma reorientação do programa de hipertensos deve ser realizada a fim de minimizar possíveis complicações no quadro dos indivíduos, tais como a miocardiopatia hipertensiva.

É necessária, portanto, uma dinâmica de atenção primária que aborde maiores cuidados ao paciente, visto que o presente relato apresenta o caso de uma paciente que desenvolveu um agravo do seu estado de saúde devido a uma abordagem incorreta no controle de hipertensão. Sendo assim, um diagnóstico precoce aliado a um tratamento efetivo, que inclua a adesão do paciente a todas as orientações, resultaria em uma prevenção primária eficiente, evitando, assim, possíveis complicações decorrentes da hipertensão arterial sistêmica, como a cardiopatia hipertensiva.

Logo, a atenção primária à saúde deve ter uma abordagem ampla de prevenção e permitir uma certa flexibilidade para alocação de recursos para o tratamento de doenças que têm maior incidência na população, como a hipertensão arterial, visando a uma maior vigilância da saúde desses indivíduos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 15, 53 p. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.
- BOMBIG, M. T. N. PÓVOA, R. Cardiopatia hipertensiva: aspectos epidemiológicos, prevalência e fator de risco cardiovascular. **Rev Bras Hipertens**, v.15, n. 2, p. 75-80. São Paulo, 2008.
- PLAVNIK, F. L. et al. Sétima Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, n. 3, supl. 3, 2016.
- SCALA, L. C. N. Epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil: prevalência. In: **Revista Hipertensão**, v. 17, n. 3. p. 138-155. Sociedade Brasileira de Hipertensão. 2014.

MONET: INTERFERÊNCIA DAS DOENÇAS EM SUA ARTE

Brenda de Castro Canedo, UCB, canedo.brenda@outlook.com,

Tainá Alves Martins Cordeiro, UCB, taina.amc@hotmail.com,

Vitória Vasconcelos de Lara Resende, UCB, vlararesende@gmail.com,

Lucy de Oliveira Gomes, UCB, lucygomes@pos.ucb.br,

Armando José China Bezerra, UCB, abezerra@ucb.br.

Palavras-Chaves: Impressionismo. Depressão. Catarata. Pinturas.

Introdução

O impressionismo consiste na reprodução do jogo de cores da natureza. O artista realiza pinceladas rápidas, soltas e curtas que visam capturar o instante, o jogo de luz e sombra da paisagem formado naquele único momento.

Este artigo tem por objetivo mostrar a interferência da doença nas obras produzidas pelo pintor impressionista Monet. Feita sistematização dos diferentes estilos e técnicas compostos pelo artista, juntamente com a mudança da expressão artística a partir do seu adoecimento.

Material e Métodos

Realizada pesquisa de artigos científicos disponíveis nas bases de dados SciELO e Pubmed; além de informações presentes em livros e biografias de Monet, versando sobre as patologias que acometeram Monet, suas causas e sintomas, relacionando a influência destas na vida e arte do pintor.

Resultados e Discussão

Claude Monet nasceu em Paris em 14 de novembro de 1840. Dos laços familiares do artista, a mãe foi a única que o apoiou na escolha pela pintura, tendo morrido em 1857. O pai de Claude, comerciante de Havre, jamais acreditou plenamente no dom do filho.

Monet permaneceu alheio à formação acadêmica, por acreditar que a disciplina de uma matéria delimita a própria independência criadora. Uma parceria fraterna de Monet, Camille Pissaro e outros colegas, deram início a um núcleo forte do movimento impressionista.

Monet, ao longo da sua existência, sofreu constantes apuros econômicos e decepções artísticas. Ele enamorou-se pela modelo Camille Léonie Doncieus que, deste então, tornou-se sua musa. O seu

primeiro sucesso foi o retrato *Camille em Traje Verde*, obra que obteve certo sucesso no *Salão* em 1866. Camille morreu, por complicações no parto, fazendo com que Monet desenvolvesse quadro de depressão, realizando, somente obras frias, melancólicas e sombrias por um período de sua vida (Figura 1).



Figura 1. A: *Camille em Traje Verde*, 1866, óleo sobre tela. B: *Camille Monet em seu Leito de Morte*, 1879, óleo sobre tela.

Em 1868, com depressão e dificuldades econômicas, quase cometeu suicídio; fato este confirmado na carta que o artista escreveu para Bazille; “Tudo isso não basta para me motivar como antes. Minha pintura não progride e renunciei definitivamente à ideia de consentir mais um dia à glória; estou no fim de meu caminho.”

Apenas os últimos 35 anos de vida do pintor, auto definido como paisagista, foram marcados por sucesso. Nesse período, as séries de pinturas captam a unicidade de um instante de luz em vários períodos e contextos do dia. Monet pintava telas sob o mesmo objeto, contendo, cada uma, nova tonalidade, mudança de direção da luz, disposição diferente da cena, representadas em vários horários do dia ou em estações do ano diferentes. As três séries mais famosas são: *Os Montes de Feno*, *Os Álamos* e *Vistas da Catedral de Rouen* (Figura 2).

Com o envelhecimento, a degradação física de Monet tornou-se evidente. Em 1910, passou a receber visitas médicas para tratamento de fortes cefaleias. Concomitante a essa enfermidade, sua segunda esposa, Alice, e seu filho Jean, faleceram. Em julho de 1912, o pintor foi diagnosticado com catarata nos dois olhos com progressão irreversível.



Figura 2. *A Catedral de Rouen, 1894, óleo sobre tela.*

O artista resistia à operação porque acreditava que “deixar de pintar se devesse fazê-lo, mas pelo menos ver algo das coisas que quero, como o céu, a água e as árvores, sem falar evidentemente, em meus próximos e queridos amigos”. Esta frase revela a desilusão com a vida e o possível fim de suas composições. A catarata influenciou profundamente suas obras. Surgiu uma distorção da percepção da cor azul e o predomínio de tonalidades amarelas. Monet assimila suas obras como sendo cada vez mais escuras, produzidas pelo costume de trabalhar com certas cores (Figuras 3, 4 e 5).

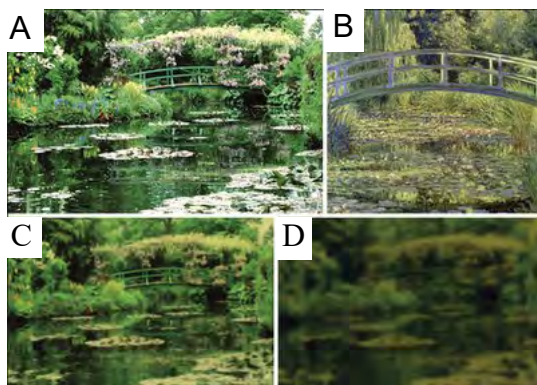


Figura 3. *A: Fotografia da ponte como aparece hoje (fotógrafo Elizabeth Murray). B: A Lagoa de Lirio de Água, 1899, óleo sobre tela, 89 92. C: Fotografia A, desfocada, simulando uma catarata esclerótica nuclear moderada. D: Fotografia A, simulando uma catarata incapacitante.*

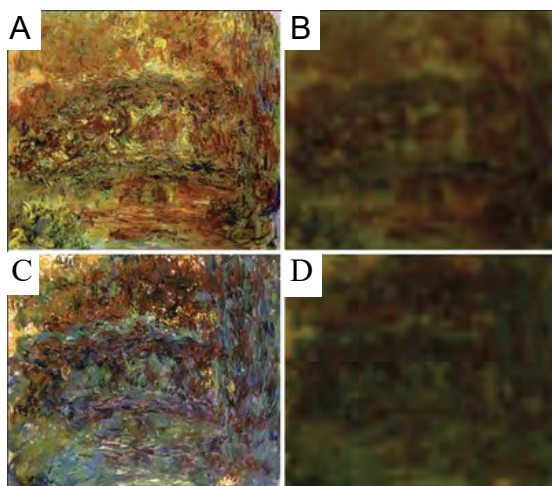


Figura 4. Pinturas de Monet no período de deficiência visual mais grave. A e C: *A Ponte Japonesa em Giverny, 1918-1924, óleo sobre tela. B e D: Imagem de como teria parecido a Monet através de uma catarata esclerótica nuclear incapacitante.*



Figura 5. *A Ponte Japonesa, 1899 e 1918.*

Em 1923, Monet operou o olho direito com o cirurgião doutor Coutela, enfrentando posteriores complicações. Mesmo com a dificuldade em captar a essência da luminosidade e dar cor em dado instante, Monet não deixou de trabalhar intensamente em suas obras, pois pretendia expressar suas impressões mesmo com a fugacidade dos efeitos percebidos. Claude Monet é considerado o pai do movimento impressionista e morreu em 5 de dezembro de 1926 aos 86 anos de idade.

Conclusão

Monet, desde sua adolescência, apresentava conflitos psicológicos devido à relação instável com o pai. A morte da mãe, o pouco recurso financeiro e a falta de reconhecimento artístico, o levaram à depressão, com posterior tentativa de suicídio. A catarata, bem como a perda de visão, também contribuíram no adoecimento físico-mental. Percebe-se que a produção artística de Monet tornou-se melancólica e desfocada devido as doenças que surgiram ao longo de sua vida.

Referências Bibliográficas

ARGAN, Giulio C. Arte Moderna. Editora Companhia das Letras, 1992.

MARMOR, Michael F. Ophtalmology and Art: Simulation of Monet's Cataracts and Dega's Retinal Disease. February, 21, 2006. Department of Ophtalmology, Stanford University, California.

ROBBINS, Stanley L; Cotran, Ramzi S. Bases Patológicas das Doenças. Editora Elsevier, 7ª edição.

SÁNCHEZ L.G. Monet, Barueri, SP: Girassol, 2007. 95 páginas.

SCHAPYRO, Meyer. "O impressionista exemplar: Claude Monet", 195-221 pp. In: Impressionismo. Reflexões e percepções. Tradução de Ana Luiza Dantas Borges. São Paulo: Cosac & Naify, 2002, 359 páginas.

Projeto de Pesquisa: Monitoramento e avaliação da qualidade de produtos minimamente processados em Agricultura Familiar (Mandioca)

Bárbara Ramos Félix - Universidade Católica de Brasília (barbara.felix@catolica.edu.br),

Marileusa Chiarello (marileusa.chiarello@gmail.com),

Fabiana Nunes de Carvalho Mariz - Universidade Católica de Brasília (fabianan@ucb.br),

Marcos Sodré - Universidade Católica de Brasília (sodre.marcos@ig.com.br),

Elias – Universidade Católica de Brasília.

INTRODUÇÃO:

Os vegetais minimamente processados são aqueles que passaram por modificações físicas, ou seja, foram descascados, picados, torneados e ralados, entre outros processos, mas mantidos na forma fresca e, metabolicamente, ativos. Esses produtos são sensíveis à deterioração, bem como podem ser veículos de microrganismos patogênicos ao homem. A grande dificuldade da agricultura familiar é conseguir se inserir e se manter em mercados altamente competitivos. Para melhor intervir o referido trabalho teve como objetivo a análise do produto da mandioca produzida em Agroindústria da Escola Estadual Juvêncio Martins Ferreira e como meta a intervenção no processo de produção para melhorar a qualidade do produto da mandioca de acordo as normas impostas pela ANVISA e Ministério de Agricultura e pecuária. Foi proposto o fluxograma com intuito do estabelecimento de Procedimentos Operacionais Padrão (POP's) assim preencher os pontos críticos de controle assim reduzir a contaminação e deterioração microbiológica.

METODOLOGIA:

Os experimentos foram desenvolvidos na Agroindústria da Escola Estadual Juvêncio Martins Ferreira onde é feito o processamento mínimo da mandioca produzida pelos agricultores familiares. Amostras do produto durante as etapas da produção (Seleção e corte, lavagem em água corrente, sanitização, corte e embalagem) e dos produtos finais foram enviadas ao Laboratório de Tecnologia de Alimentos da UCB para análises microbiológicas, físico e de tempo de prateleira estimado.

As amostras foram analisadas conforme a Resolução RDC nº 12 de 2001 e instrução normativa nº62 da ANVISA (Brasil 2001), realizadas as seguintes contagens: Contagem de Mesófilos aeróbios; Contagem de Coliformes termotolerantes; Pesquisa de *Salmonella sp*; Pesquisa de *E. coli*; Contagem de *Staphylococcus* Coagulase Positiva. Seguindo o fluxograma de processamento

proposto pelos pesquisadores e analisado em todas as etapas a deterioração fisiológica e microbiológica do produto, além do tempo de prateleira.

Fluxograma do processo apos intervenção

1. Pré-lavagem: Consiste na lavagem do talo da mandioca com casca.
2. 1º Sanitização: A mandioca é colocada em um tq com agua 200 ppm por 10 minutos.
3. Descasque: Descasque manual com faca.
4. 2º sanitização: A mandioca já descascada é colocada em um tq com água a 200 ppm por 10 minutos.
5. Drenagem: Deixar a mandioca escorrer dentro da caixa por 10min. Estas operações visam retirar o excesso de água presente no produto em decorrência das etapas de sanitização e enxágue, bem como os resíduos de exsudados celulares remanescentes do corte, que são um excelente meio para o crescimento de microrganismos deterioradores ou patogênicos.
6. Embalagem: Embalar a mandioca em saco e selar a vácuo.
7. Estocagem: A mandioca fica em câmara fria a 5°C.

RESULTADOS:

A microbiota contaminante dos produtos foi avaliada por meio da determinação da contagem padrão de bactérias aeróbias mesófilas. Foi realizada a contagem de mesofilos como indicador da qualidade do produto, tempo de prateleira e indicar deficiências na sanitização quando encontrado altas populações bacterianas. Sendo realizado antes da lavagem e após a 1 e 2 sanitização, demonstrando redução da contagem de microrganismos. Podendo concluir que houve uma redução sem demonstração de contaminação sendo visualizado na tabela 1.

Tabela 01 – Contagem de Mesófilos aeróbicos em amostra da mandioca minimamente processada oriunda de agricultura familiar (UFC/g)

Mesófilos aeróbicos

	Média	Log 10
Pre-Lavagem	31233	4,494618
1º Sanitização	4100	3,612784
2º sanitização	53	1,726999

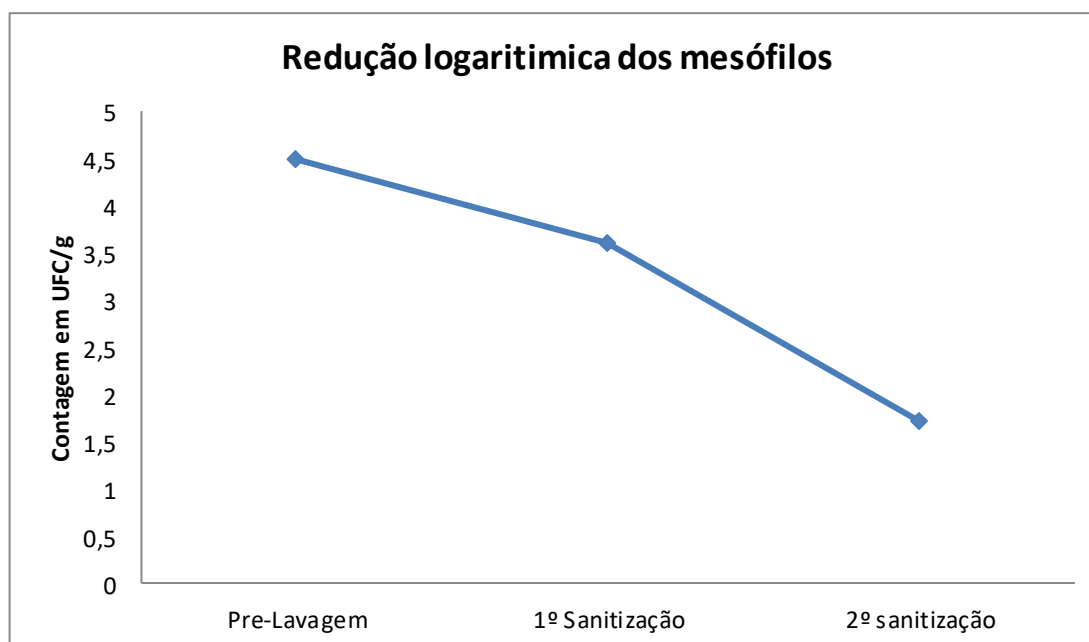


Figura 1 – Redução logarítmica dos mesófilos aeróbicos após cada tratamento utilizado em cada uma dos tratamentos utilizados

O gráfico demonstra que a pré-lavagem além de remover as sujeiras provenientes do solo também reduziu a contagem de microrganismos. Observou-se que a concentração de 200 mg L⁻¹ de cloro mostrou-se eficiente no controle dos microrganismos na primeira sanitização, reduzindo-se os valores da matéria-prima para produto cortado e sanitizado.

A realização da pré-lavagem antes do descasque foi altamente positiva para a remoção de sujidades contribuindo também para a redução de microrganismos provenientes do solo propiciando que na primeira sanitização já houvesse uma redução significativa das contagens de UFC. Entre a etapa de descasque e a 2ª sanitização não houve transferência de sujidades como terra para mandioca descascada, contribuindo para eficiência da 2ª sanitização e consequentemente do produto final.

Para análise do produto final foi realizado a contagem de Mesófilos Aeróbios, Coliformes a 45°C/g, *estafilococo coagulase positivo* /g, *Salmonella spp*/25g e Bolors e leveduras em tempo zero, assim que o produto foi finalizado e embalado, após 15 dias e com 30 dias de armazenamento.

A análise de fungos e leveduras foi realizado para detectar deterioração do produto, sendo que, não foi detectada visualmente nenhuma deterioração fisiológica como o escurecimento vascular e

aparecimento de manchas de cor rosa e enegrecido durante os 30 dias de estocagem sob-refrigeração.

Tabela 02 - Análise Microbiológica Mandioca produto final - T0 (08/06)

	Referência	Resultado*
Contagem Mesófilos Aeróbios		$3 \times 10^1/\text{g}$
Coliformes a 45°C/g	$10^3/\text{g}$	$<10^1/\text{g}$
Estaf.coag.positiva/g		$<10^1/\text{g}$
<i>Salmonella</i> sp/25g	Aus	Aus
Bolores e leveduras		$<10^1/\text{g}$

*Resultado da média da triplicata

Tabela 03 - Análise Microbiológica Mandioca produto final - 15 dias (16/06)

	Referência	Resultado*
Contagem Mesófilos Aeróbios		$2,6 \times 10^2/\text{g}$
Coliformes a 45°C/g	$10^3/\text{g}$	$2 \times 10^2/\text{g}$
Estaf.coag.positiva/g		$<10^1/\text{g}$
<i>Salmonella</i> sp/25g	Aus	Aus
Bolores e leveduras		$<10^1/\text{g}$

*Resultado da média da triplicata

Tabela 04 - Análise Microbiológica Mandioca produto final - 30 dias (07/07)

	Referência	Resultado*
Contagem Mesófilos Aeróbios		$4,8 \times 10^3/\text{g}$
Coliformes a 45°C/g	$10^3/\text{g}$	$3 \times 10^3/\text{g}$
Estaf.coag.positiva/g		$<10^1/\text{g}$
<i>Salmonella</i> sp/25g	Aus	Aus
Bolores e leveduras		$2,2 \times 10^2/\text{g}$

*Resultado da média da triplicata

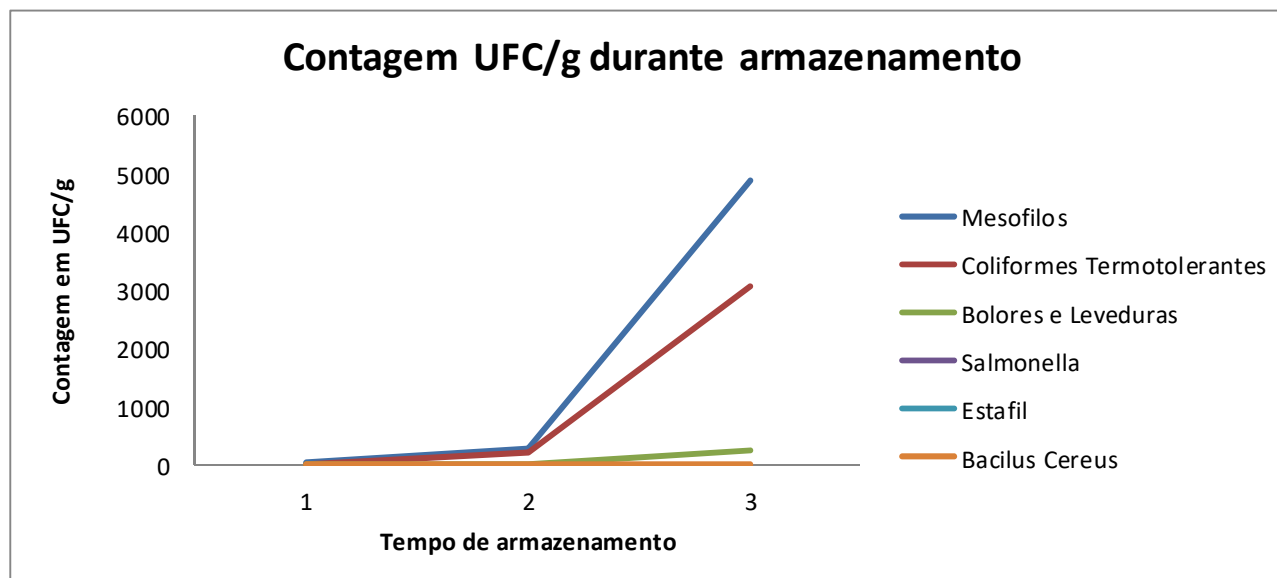


Figura 2 – Contagem de microrganismos (UFC/g) durante o período de armazenamento do produto final

CONCLUSÃO:

Foi estabelecido um fluxograma que identifica os perigos potenciais à segurança do alimento desde a obtenção das matérias-primas até o consumo, assim estabelecendo em determinadas etapas (Pontos Críticos de Controle), medidas de controle e monitoramento que garantiram, ao final do processo, produtos seguros e com qualidade, de acordo com as normas estabelecidas pela ANVISA. Além de garantir após o processamento da amostra, seguindo o esquema de sanitização, não houve crescimento e deterioração microbiológica do produto final após o armazenamento, sob refrigeração, durante 30 dias.

Referencias bibliográficas:

- ALMEIDA, S. C. R. ; DANSA, C. V. A. ; MOLINA, M.C. ; XAVIER, J. H. V. ; ZOBY, J.L.F. . A formação de agentes de desenvolvimento local. In: OLIVEIRA, M.N. de; XAVIER, J.H.V.; ALMEIDA, S.C.R. de; SCOPEL, E.. (Org.). Projeto Unaí: pesquisa e desenvolvimento em assentamentos de reforma agrária. 1ed.Brasília: Embrapa Informação Tecnológica, 2009, v. 1, p. 219-244.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2001. Resolução RDC n. 12, de 02 de janeiro de 2001. Regulamento Técnico sobre os padrões microbiológicos para alimentos.

MORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL

Mariana de Andrade Nogueira – Universidade Católica de Brasília – anogmariana@hotmail.com,

Ruth da Conceição Costa e Silva Sacco – Universidade Católica de Brasília –

ruth.sacco1@gmail.com.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde. Atenção Básica. Saúde da Família. Mortalidade Infantil.

INTRODUÇÃO:

O Sistema Único de Saúde (SUS), sistema de saúde público brasileiro, foi estabelecido pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196. Ele proporciona cuidados de saúde embasando-se nos princípios de integralidade, universalidade e equidade. Trata a saúde como um direito de todos, a qual deve ser provida pelo Estado e organiza a oferta de ações e serviços em níveis de diferentes densidades tecnológicas (SOUZA, 2010).

A atenção primária, mais conhecida como atenção básica, é o primeiro nível de atenção e deve servir como a “porta de entrada” prioritária dos usuários no SUS. Nesta, o paciente será orientado acerca da prevenção de complicações, terá casos solucionados e pode, também, ser direcionado a um profissional mais específico, para níveis de atendimento superiores e com maior complexidade (FIOCRUZ, 2017).

De modo a melhor estruturar as ações da atenção primária, em 1994 o Ministério da Saúde criou a Estratégia Saúde da Família (ESF), que proporciona abordagem focada na comunidade, famílias e indivíduos. Ela é formada por equipes multiprofissionais que envolvem médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, odontólogos, agentes comunitários de saúde, dentre outros profissionais que se tornam necessários com base no perfil epidemiológico do território onde a equipe atua (SAAR, 2007).

A ESF realiza pré-natal de qualidade e o aumento da cobertura dos pré-natais tem relação direta com a redução da mortalidade infantil. Com o estabelecimento de vínculo profissional-paciente, há maior adesão das gestantes ao pré-natal o que, a longo prazo, contribuirá para a redução da morbidade e mortalidade relacionadas à gravidez (ANVERSA, 2012).

A mortalidade infantil expressa o número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Existem diversos fatores de risco para a mortalidade infantil, tais como: estado civil da mãe, escolaridade da mãe, tipo de parto, local de ocorrência do parto, ocupação da mãe, entre outros (MAIA, 2012). A ESF atua de forma intersetorial nesses fatores de risco de modo a reduzir a mortalidade infantil. (PNAB, 2012).

Nesse sentido, considerando que redução na mortalidade infantil tem sido ação prioritária das equipes de saúde, especialmente da atenção básica, faz-se necessário acompanhar as tendências desse indicador de modo a direcionar ações e serviços de saúde para atingimento das metas pactuadas.

Assim, o objetivo desse estudo é obter panorama da mortalidade infantil no Brasil, nos últimos 10 anos.

MATERIAL E MÉTODOS:

Trata-se de estudo de tendência secular, multidimensional, que considerou a evolução da mortalidade infantil no Brasil de 2005 a 2015. Esse tipo de estudo é útil quando se quer verificar a tendência de indicadores de morbimortalidade ao longo de um período de tempo e pode contribuir para identificar causalidade na ocorrência dos eventos e para avaliação de medidas de controle que são adotadas ao longo dos anos (LIMA NETO et al, 2013).

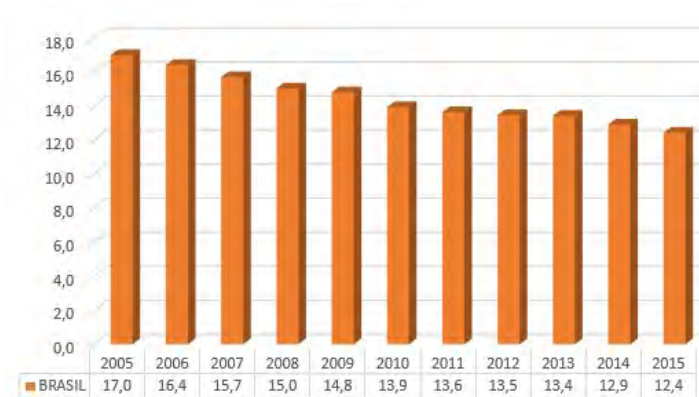
Para subsidiar referencial teórico foi feita pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), do Ministério da Saúde brasileiro, com os seguintes descritores: “Sistema Único de Saúde”, “Atenção Básica”, “Saúde da Família” e “Mortalidade Infantil”. Foram incluídos artigos dos últimos 10 anos e que possuíam texto completo disponível na BVS e foram excluídos aqueles que não se referiam à atenção primária no Brasil.

Para obtenção dos dados secundários foi feita busca de estatísticas vitais, de nascidos vivos e de óbitos em menores de 1 (um) ano, no Departamento de Informática do SUS (DataSUS), que consolidam dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos e do Sistema de Informação sobre Mortalidade. Dessa forma dispensando aprovação prévia em Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Os dados foram tabulados e processados para o cálculo da mortalidade infantil em Excel® (*Microsoft Office*, 2016) para posterior análise.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

No Brasil, a mortalidade infantil sofreu um decréscimo significativo no período analisado, o que também foi observado entre 2005 e 2015 por Lima (2017) (Figura 1).

Figura 1 – Mortalidade Infantil, Brasil, 2005-2015.



Fonte: SIM/SINASC, 2017.

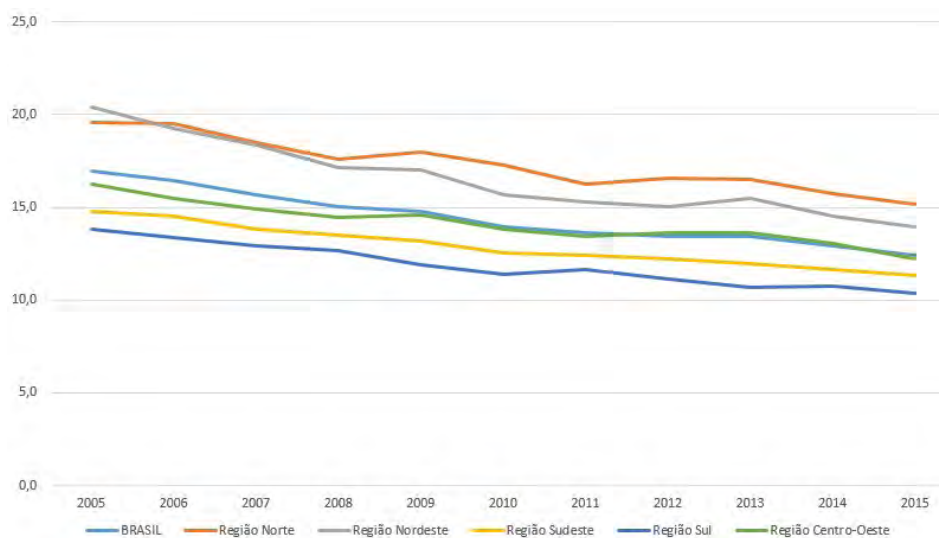
Várias políticas e pactos internacionais visam a redução da mortalidade infantil. Por exemplo, os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) foram aprovados na 56ª Sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas em 2001 e uma de suas metas era a redução da mortalidade infantil, entre 1990 e 2015 (SHETTY, 2015).

Como representada pelo gráfico acima, a taxa de mortalidade infantil no Brasil durante o ano de 2015 foi equivalente a 12,4/1000. Assim como o observado por Shetty (2015), essa taxa alcançou níveis menores do que os previstos para o ano de 2010 pelos ODM. Dessa forma, pode-se dizer que o Brasil alcançou esses objetivos cinco anos antes do que havia sido previsto.

Quando analisamos essa redução por regiões brasileiras, observa-se que nos estados da região Nordeste houve uma maior redução da taxa de mortalidade infantil (MI) em relação às outras regiões (Figura 2). Isso foi fruto da ampliação da atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família nessa última década, o que gerou maior cobertura da atenção pré-natal e criando um maior vínculo entre profissionais e pacientes. Além disso, por meio de articulação com a atenção especializada, pode-se evitar problemas de saúde antes mesmo que eles ocorram, proporcionando um tratamento de prevenção, composto por programas de vacinação, redução do número de cesáreas desnecessárias e até mesmo suporte psicológico (CECCON, 2014).

Atualmente, as taxas de MI da região Nordeste são classificadas como baixas (menores do que 20 mortes a cada mil crianças nascidas vivas), de acordo com a ficha de qualificação deste indicador (Figura 2). No ano de 2005, essas taxas eram consideradas médias (entre 20 a 49 mortes a cada mil crianças nascidas vivas) (RIPSA, 2008)

Figura 2 – Mortalidade Infantil, Brasil por regiões, 2005-2015.



Fonte: SIM/SINASC, 2017.

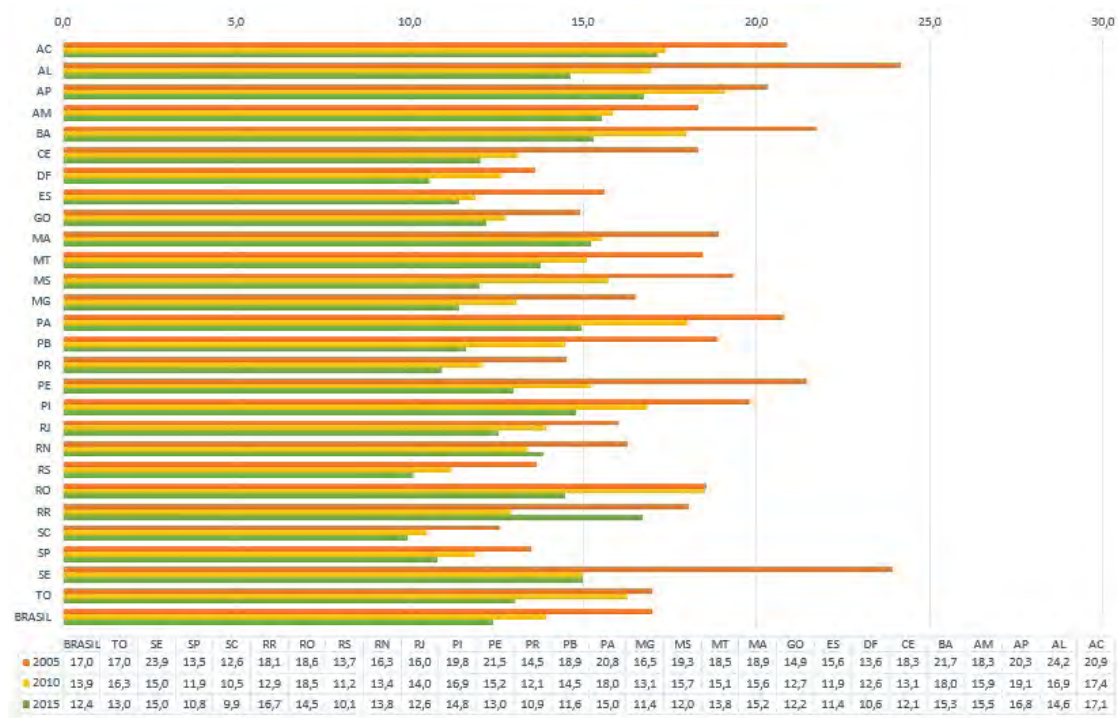
Entretanto, mesmo sofrendo redução, elas ainda são maiores que as de outras Unidades da Federação, como São Paulo, Rio Grande do Sul e Distrito Federal. Isso ocorre em razão das diferenças socioeconômicas que assolam essa região, as quais acabam interferindo no âmbito da saúde (CUNHA, 2014).

Pode-se observar, também, a pouca redução da taxa de MI na região Norte (Figura 2). Isso é resultado de dificuldades na expansão da cobertura da ESF nessa região, pela existência de municípios remotos e da grande extensão territorial. Ela é a região que mais possui carências em relação a esse indicador (SZWARCOWALD, 2002).

As regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul apresentaram certo padrão de estabilidade. Por volta de 2007, as taxas dessas três regiões já era menor do que 15 e maior do que 10 mortes a cada mil nascidos vivos e, ao final de 2015, permaneciam nesse patamar. Elas já eram menores em relação às outras regiões brasileiras e permaneceram baixas no período observado, por serem as regiões com maior poder socioeconômico e com maior cobertura da ESF no país (CECCON, 2014).

A análise por Unidades da Federação (UF) mostra que a maior MI no período foi em Alagoas (24,2/1000), seguida de Sergipe (23,9/1000) e Bahia (21,7/1000). A UF com menor valor foi Santa Catarina (12,6/1000), seguida por São Paulo (13,5/1000) e pelo Distrito Federal (13,6/1000) (Figura 3).

Figura 3 – Mortalidade Infantil, Brasil por Unidades da Federação, 2005-2015.



Fonte: SIM/SINASC, 2017.

CONCLUSÕES:

A mortalidade infantil no Brasil reduziu de 17/1000, em 2005, para 12,4/1000, em 2015. A região brasileira em que o declínio foi maior observado nesse período foi a região Nordeste (6,45/1000) e a de menor redução foi na região Norte (3,62/1000). A UF com maior declínio desse indicador foi Alagoas (redução de 9,6), enquanto que Roraima sofreu redução de apenas 1,4/1000.

O Brasil, mesmo sendo um país com dimensões continentais, foi capaz de reduzir esse indicador. Provavelmente porque as medidas aplicadas na atenção básica, sobretudo aquelas executadas pelas equipes da ESF direcionadas ao pré-natal, parto e puerpério, foram resolutivas e poderiam servir de exemplo a outros países.

Nessa perspectiva, faz-se necessário o contínuo aprimoramento de políticas públicas que primem pela atenção básica e pela adequada coordenação de cuidados longitudinais aos usuários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ANVERSA, Elenir; BASTOS, Gisele; NUNES, Luciana; PIZZOL, Tatiane. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(4):789-800, abr, 2012.

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

CECCON, Roger; BUENO, André; HESLER, Lilian; KIRSTEN, Karina; PORTES, Virgínia; VIECILI, Paulo. Mortalidade infantil e Saúde da Família nas unidades da Federação brasileira. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 22(2): 177-83. 2014.

CUNHA, Carlos; SILVA, Raimundo; GAMA, Mônica; COSTA, Geny; COSTA, Andrea; TONIAL, Sueli. O uso de serviços de atenção primária à saúde pela população infantil em um estado do nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Colet.**, 2013, Rio de Janeiro, 21 (2): 115-20.

FIO CRUZ. Atenção básica. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>>. Acesso em: 26 set. 2017.

LIMA, Jaqueline Costa et al . Estudo de base populacional sobre mortalidade infantil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 3, p. 931-939, Mar. 2017 .

LIMA NETO, Antônio Silva et al. Epidemiologia Descritiva: Características e Possibilidades de Uso. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. Epidemiologia e Saúde. 7aa. Edição. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. pp. 65-95.

MAIA, Livia; SOUZA, Wayner; MENDES, Antonio. Diferenciais nos fatores de risco para mortalidade infantil em cinco cidades brasileiras: um estudo de caso-controle com base no SIM e no SINASC. **Cad. Saúde Publica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2163-2176, nov. 2012.

PAIXÃO, Adriano; FERREIRA, Taissa. Determinantes da mortalidade infantil no Brasil. **Informe Gepec**, Toledo, v. 16, n. 2, p. 6-20, jul./dez. 2012

RIPSA. **Indicadores de saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2ª edição. Brasília: Organização Pan-Americana da saúde, 2008.

SAAR, Sandra; TREVIZAN, Maria. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, n.15, v.1, jan/fev, 2007.

SHETTY, Salil. Declaração e Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: oportunidades para os direitos humanos. **Sur, Rev. int. direitos human.**, São Paulo , v. 2, n. 2, p. 6-21, 2005 .

SOUZA, Geórgia; COSTA, Iris. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 19, n. 3, p.509-517, 2010.

SZWARCWALD, Célia; LEAL, Maria; ANDRADE, Carla; SOUZA JR., Paulo. Estimação da mortalidade infantil no Brasil: o que dizem as informacoes sobre óbitos e nascimentos do Ministério da Saúde? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(6):1725-1736, nov-dez, 2002.

MORTALIDADE POR CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NO DISTRITO FEDERAL

Igor Diego Carrijo dos Santos, Universidade Católica de Brasília, igorcarrijo@gmail.com

Laís Ribeiro Vieira, Universidade Católica de Brasília, lais_ribeiro20@hotmail.com

Natália Mirelle Carrijo dos Santos, Universidade Federal de Goiás, nataliacarrijo@gmail

Kétuny da Silva Oliveira, Universidade Católica de Brasília, ketunyoliveira@gmail.com

Israel Guilharde Maynarde, Universidade Federal de Goiás, israelguilharde@gmail.com

Introdução:

O câncer do colo do útero é a terceira neoplasia maligna com maior incidência nas mulheres brasileiras. Esse câncer origina-se tanto do epitélio escamoso da ectocérvice como do epitélio escamoso colunar do canal cervical. Dentre as manifestações, a mais frequente é o carcinoma epidermóide, representando 90% dos casos, e o adenocarcinoma, 10%. O câncer de colo de útero foi responsável por 123 das 241 mortes por neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos em 2015 no Distrito Federal. Assim, o Ministério da Saúde, por intermédio do INCA, busca implantar e consolidar como rotina o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero no Sistema Único de Saúde – SUS a fim de minimizar esse quadro.

Desenvolvimento:

O câncer do colo do útero, também chamado de cervical, tem como principal causa a infecção persistente do Papilomavírus Humano – HPV. Essa ocorre com frequência, porém na maioria das vezes é autolimitada. Entretanto, em alguns casos, podem ocorrer alterações celulares que poderão evoluir para o câncer. Esta evolução se dá de forma lenta, passando por fases pré-clínicas que são passíveis de detecção e cura. Seu pico de incidência ocorre em mulheres de 40 a 60 anos de idade, e uma pequena parcela em menores de 30 anos. O diagnóstico baseia-se no exame ginecológico, na citopatologia (Papanicolau) sendo que este possibilita o diagnóstico precoce em 90% dos casos, colposcopia e biópsia. Apesar das altas taxas diagnósticas por métodos simples, essa doença ainda representa um problema de saúde pública devido sua alta taxa de mortalidade. No Distrito Federal (DF), em 2015, foram constatados 123 óbitos por câncer de colo de útero, 51 % do total de óbitos por neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos, sendo que, desses, estavam na faixa etária de 15 a 19 anos, 0,41%; entre 20 a 29 anos, 2,07%; 30 a 39 anos, 7,88%; 40 a 49 anos, 21,16%; 50 a 59 anos, 23,65%; 60 a 69 anos, 21,57%; 70 a 79 anos, 15,35%; 80 ou mais anos, 7,88%.

Considerações Finais:

A neoplasia de câncer de colo de útero consiste em um problema de saúde pública devido sua alta prevalência e taxa de mortalidade. Esses fatos mostram a necessidade de aprimoramento da atenção básica para maiores taxas de diagnóstico precoce que possibilite melhor prognóstico e, logo, diminuição da taxa de mortalidade que se concentra, no DF, na faixa etária de 50 a 59 anos e consiste em mais da metade dos casos de óbitos por neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos no DF.

NEISSERIA GONORRHOEAE: UMA HISTÓRIA DE RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS

Natália Álvares Rabelo Coelho Alves¹, Fabiana Nunes de Carvalho Mariz¹

1. Universidade Católica de Brasília

nataliarabeloc@gmail.com, marizfabianan@gmail.com.

Palavras-chave: Bactéria. IST. Resistência. Antibióticos.

Introdução

A gonorreia, que tem como seu agente etiológico a *Neisseria gonorrhoeae* (gonococo), é uma das doenças mais antigas e sua transmissão ocorre por via sexual ou vertical sendo assintomática ou sintomática. Entre os sintomas destaca-se a dor e ardência ao urinar, corrimento vaginal e secreção purulenta na uretra masculina. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2008 a incidência foi de 106 milhões de casos entre adultos, sendo considerada a Infecção Sexualmente Transmissível (IST) mais comum³. As pessoas mais suscetíveis a esse tipo de infecção são jovens com idade média de 22 anos, solteiros, heterossexuais, com múltiplos parceiros¹. Essa bactéria é um diplococo com lados convexos adjacentes, que pela microscopia observa-se sua morfologia riniforme, são Gram-negativos, aeróbicos, não flagelados, produtores de catalase e oxidase³. Essa espécie consegue aderir nas superfícies epiteliais do hospedeiro. A *N. gonorrhoeae* causa infecção somente em humanos e possui tropismo por mucosas. O objetivo desse resumo é mostrar a importância da resistência dessa bactéria aos antimicrobianos.

Material e Métodos

Esse resumo baseia-se em uma revisão de literatura nas bases de dados Scielo e Pubmed realizada em setembro de 2017. Nessa busca foram usadas as palavras-chaves: *Neisseria gonorrhoeae*, resistência, antibióticos.

Resultado e Discussão

O diagnóstico errôneo, prescrição inadequada, tanto em relação à escolha do antimicrobiano, quanto à posologia, favorecem a resistência da *N. gonorrhoeae* aos antibióticos⁴. As mutações genéticas do seu próprio genoma são artifícios microbianos de resistência mais lentos, porém a aquisição de elementos extra cromossômicos como os plasmídeos, por exemplo, são mais

constantes e possuem uma disseminação mais rápida. Esses eventos impulsionam a resistência aos antibióticos.^{1,4}

O aumento de cepas resistentes circulantes traz consequências como: aumento do custo do tratamento, diante do grande número de exames, a viabilidade de complicações que essas cepas podem causar como a infertilidade na mulher, prostatite, doença inflamatória pélvica¹.

Em meados de 1930, começou a antibioticoterapia para a gonorreia com o uso das sulfonamidas. Essas são inibidoras competitivas da enzima bacteriana sintetase de dihidroperato que é fundamental para a produção do ácido fólico necessário para a síntese de precursores de DNA e RNA nas bactérias^{3,4}. Entretanto, apesar de ter sido eficaz poucos anos depois surgiram casos de cepas resistentes a esses fármacos. As penicilinas surgiram em 1943 e foram mantidas como tratamento da gonorreia por cerca de quarenta anos. Esse antibiótico atua interferindo a síntese da parede celular bacteriana⁴. O aumento gradual da concentração inibitória mínima (CIM), nas doses terapêuticas administradas, confirmaram a existência de cepas resistentes a penicilina no decorrer dos primeiros dez anos^{3,4}. Os primeiros relatos de resistência por mutação genética surgiram em 1958, e em 1976 foram confirmadas as primeiras cepas resistentes mediadas por plasmídeos⁴. A resistência conferida por plasmídeo nos gonococos tem sido considerada o mecanismo de resistência mais importante em função da capacidade de produzir β -lactamases que inativam o antibiótico (TAVARES, 2012).

Essas cepas são denominadas por *Neisseria gonorrhoeae* produtoras de penicilinas (PPNG)⁴. O surgimento dessa cepa fez com que a penicilina fosse abandonada como tratamento, tornando-se contraindicada⁴. A resistência por mutação genética ocorreu também para o cloranfenicol, tianfenicol, gentamicina, eritromicina e nas tetraciclina por incorporação de plasmídeos, ficando conhecida como *Neisseria gonorrhoeae* resistente a tetraciclina (TRNG)^{3,4}.

Em 1989 foram adotadas as fluoroquinolonas, seu mecanismo de ação é a inibição da enzima bacteriana DNA topoisomerase II e IV, que são essenciais para a transcrição e replicação do DNA bacteriano. A CIM da ciprofloxacina foi aumentando progressivamente até surgirem os casos de estirpes resistentes⁴. A diminuição ou perda da afinidade enzimática dos genes que codificam a DNA topoisomerase foram as principais causas de resistência⁴. As fluoroquinolonas passaram a não ser indicadas para tratamento da gonorreia em 2000⁴.

Após a decadência do uso das fluoroquinolonas, as cefalosporinas passaram a ser usadas para tratamento⁴ associados a azitromicina, a ceftriaxona e cefixima se instauraram como antimicrobiano de primeira linha, essa forma de tratamento se mantém até os dias de hoje⁴. As

cefalosporinas impossibilitam a síntese da parede celular de peptidoglicano, pois inibem enzimas envolvidas no processo de transpeptidação.

Na atualidade o tratamento para gonorreia é a ceftriaxona ou cefixima associados à azitromicina. De acordo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de 2015, a ciprofloxacina é contraindicada, sendo a ceftriaxona o medicamento de escolha, pois alguns Estados brasileiros já relataram a existência de cepas de gonococos com taxas de resistência de $\geq 5\%$ ao ciprofloxacino³.

Novas estratégias para a utilização de antibióticos e novos antimicrobianos estão sendo testados com o intuito de não faltar alternativas para o tratamento da gonorreia, como o aumento da dose do ceftriaxona para os casos de diminuição de sensibilidade microbiana e a associação de antibióticos. Outra forma de terapia seria o uso do ertapenem, da classe dos carbapenemos nos casos de resistência a ceftriaxona⁴.

Conclusão

É de suma importância o fato da *N. gonorrhoeae* ter desenvolvido resistência a basicamente todas as classes de antimicrobianos que já foram introduzidos em seu tratamento. Receia-se que a bactéria um dia possa-se tornar não tratável. Deve-se conscientizar a população alvo dessa infecção e sobre a importância do uso de preservativos, com o intuito de evitar a disseminação da bactéria. Outro ponto relevante é alertar os profissionais da área de saúde quanto à importância do diagnóstico clínico e laboratorial correto para essa IST assim como de uma prescrição antimicrobiana adequada.

Referências bibliográficas

1. BARRETO, N. Caracterização Fenotípica e Molecular de *Neisseria gonorrhoeae* Isoladas no Rio de Janeiro, 2002-2003. Disponível em: < <http://www.dst.uff.br/revista16-3-2004/4.pdf> >. Acesso em: 13 set 2017.
2. BRASIL, Ministério da Saúde, Diagnóstico Laboratorial de Doenças Sexualmente Transmissíveis, incluindo o vírus da imunodeficiência humana, 2014; Protocolo de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), 2015.
3. JUNIOR, W. *Neisseria gonorrhoeae*: resistência cromossômica à tetraciclina em São Paulo, Brasil, 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962005000100005 >. Acesso em: 13 set. 2017.
4. TAVARES, E. **Resistência aos Antibióticos em *Neisseria gonorrhoeae* – passado, presente e futuro**, Revista SPDV 70(4) 2012. Disponível em: < <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1396/1/Revista%20SPDV%202012%20483.pdf> >. Acesso em: 13 set. 2017.

NEUTROPENIA FEBRIL: CAUSAS E SINTOMAS

Ana Beatriz Coelho, Universidade Católica de Brasília, anab.cm28@gmail.com

Lucas Anversa Tiarling, Universidade Católica de Brasília, lucasanversat@gmail.com

Natália Francis Gonçalves Farinha, Universidade Católica de Brasília, naty_franciis@hotmail.com

Wender Soares Santiago, Universidade Católica de Brasília, wender13ws@gmail.com

Cintia do Couto Mascarenhas, Universidade Católica de Brasília, cintia.docouto@gmail.com

Palavras-chave: Contagem absoluta de neutrófilos. Infecção bacteriana. Menor resposta inflamatória.

Introdução:

A neutropenia é definida como uma contagem absoluta de neutrófilos abaixo do padrão de normalidade. Pode ser classificada em leve - quando a quantidade de neutrófilos estiver entre 1500-1000 /mm³, moderada – se estiver na faixa de 1000-500/mm³, grave - quando o número de neutrófilos está abaixo de 500/mm³ e muito grave se estiver inferior a 100 /mm³. Essa diminuição destas células acarreta uma menor resposta inflamatória, o que torna o corpo mais suscetível a infecções. Um dos sinais do corpo na neutropenia é a febre, que pode ser entendida como uma temperatura corporal maior ou igual a 38°C por mais de uma hora contínua ou uma medida particular de 38,3°C. Portanto, a neutropenia febril é caracterizada por uma contagem do número de neutrófilos abaixo do normal para o ser humano aliada a um quadro de febre que pode ser o indício de uma infecção.

Material e método:

Foram realizadas buscas nos arquivos da Scientific Electronic Library Online (SciELO) utilizando como palavra-chave “febrile neutropenia”. Foram selecionadas revisões de literatura, publicadas nos últimos anos, tendo como base neste trabalho seis artigos que se mostraram plausíveis para expor variados aspectos relacionados à neutropenia febril.

Resultados e discussão:

No que se refere à abordagem diagnóstica, é importante salientar que os clássicos sinais inflamatórios de edema, eritema calor e supuração estarão bastante reduzidos quando ocorre a neutropenia febril. Nesse caso qualquer sinal, mesmo que discreto, de dor pode apontar para uma

possível infecção. A presença de febre, a ausência de outros sinais clínicos, o alto risco de infecção e o choque séptico colocam a NF como uma emergência médica.

Os aspectos epidemiológicos devem ser considerados na avaliação clínica do paciente neutropênico febril como, por exemplo, os causadores de infecções e formas de contaminação. Como a infecção bacteriana é a principal responsável, os dados estatísticos sobre as principais formas de infecção e o seu grau de risco podem auxiliar na escolha da terapia antimicrobiana, na definição da via e na etiologia dos patógenos. As infecções mais frequentes são as causadas por bactérias Gram-positivas, como o *Streptococcus mutans* presente na flora oral, que encontra um contexto favorável para maior proliferação em casos de uso de anti-neoplásicos agressivos que aumentam a ocorrência de mucosite oral grave. Já o uso de cateteres intravenosos favorece as infecções por *Staphylococcus aureus*. As infecções fúngicas, promovidas principalmente por *Candida spp* e *Aspergillus spp*, quando comparadas com as infecções bacterianas mais frequentes, são responsáveis por uma maior mortalidade. O diagnóstico de infecção em pacientes neutropênicos febris consiste na história detalhada da evolução da doença, revisão de todos os sistemas e enfoque nos aspectos epidemiológicos. O exame físico deve ser minucioso, de forma que a presença de febre, dor e eritema devem sempre ser valorizados, com especial atenção aos locais mais frequentes de infecção como pele, cavidade oral, pulmões, local de inserção de cateter, fundo dos olhos, períneo e região perianal, os quais devem ser examinados rotineiramente. Os exames de imagem podem ser solicitados em avaliação inicial. Ademais, antes do início da antibioticoterapia, exames complementares devem ser realizados e a coleta de hemocultura é importante para identificar o agente etiológico. Outras culturas também podem ser solicitadas caso exista suspeita de infecção em algum outro local como urina e fezes.

Conclusão:

A neutropenia febril é um quadro em que há raros e tênues sintomas em evidência sendo que a infecção bacteriana é a sua principal causa. Devido ao seu difícil diagnóstico e grande possibilidade de haver infecção ela é considerada uma emergência médica. A avaliação do quadro, o enfoque nos aspectos epidemiológicos, o exame físico e os exames complementares são cruciais para diagnosticar uma possível infecção em pacientes neutropênicos febris.

Referências bibliográficas:

FACULDADE DE CIENCIAS MEDICAS DA SANTA CASA DE SAO PAULO. **Sistematização do atendimento primário de pacientes com neutropenia febril: revisão de literatura.**

Disponível em:

<http://www.fcmsantacasasp.edu.br/images/Arquivos_medicos/2006/51_2/vlm51n2_5.pdf>.

Acesso em: 27 set. 2017.

REVISTA ONCO. **Neutropenia febril e câncer – parte 1.** Disponível em:

<http://revistaonco.com.br/wp-content/uploads/2011/05/p26-35-emergencia_Onco.pdf>. Acesso

em: 27 set. 2017.

REVISTA ONCO. **Neutropenia febril e câncer – parte 2.** Disponível em:

<<http://revistaonco.com.br/wp-content/uploads/2011/08/neutropenia.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2017.

SCIELO. **New guidelines for the clinical management of febrile neutropenia and sepsis in pediatric oncology patients.** Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0021-75572007000300007>. Acesso em:

27 set. 2017.

SCIELO. **New guidelines for the clinical management of febrile neutropenia and sepsis in pediatric oncology patients.** Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0021-75572007000300007>. Acesso em:

27 set. 2017.

SCIELO. **Screening for the outpatient treatment of febrile neutropenia.** Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v32n5/aop97010.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2017.

NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E ÍNDICE DE MASSA CORPORAL DE ESCOLARES

Daniela dos Santos Faria Pinto Oliveira¹, Fábio Antônio Tenório de Melo¹, Gabriel Cartaxo Barbosa da Silva², Fabiana Xavier Cartaxo Salgado², Noriberto Barbosa da Silva¹

1. Universidade Católica de Brasília; 2. Universidade de Brasília

Palavras-chave: Obesidade; Sedentarismo; Adolescentes.

INTRODUÇÃO:

A atividade física sempre esteve presente durante a evolução da espécie humana desde os tempos pré-históricos, sendo um fator importante na construção do caráter holístico, por meio da integração dos componentes biopsicossociais. Atualmente com a evolução tecnológica, a atividade física cada vez mais tem sido deixada em segundo plano, as pessoas vêm trabalhando cada vez mais e assim, tendo menos tempo para realizarem essas atividades e, no tempo livre, o ócio e/ou ocupações de caráter não ativo estão tomando o lugar que poderiam ser realizadas as atividades físicas. Assim, cada vez mais as pessoas estão se tornando sedentárias e mais adeptas ao uso exacerbado de eletrônicos. A falta de prática de atividades físicas pode acarretar uma série de malefícios à saúde, afetando diretamente a qualidade de vida, trazendo consigo doenças cardiovasculares. Paralelo a atividade física, a aptidão física é um dos fatores que estão relacionados com a saúde. “A aptidão física, é considerada como produto resultante da atividade física (processo), deve ser desenvolvida durante todas as fases da vida do ser humano, com o objetivo de proporcionar-lhe um desempenho físico adequado nas suas atividades diárias.”. Apesar de existir uma relação entre atividade física e saúde, o indivíduo que tem um bom nível de atividade física não terá necessariamente um bom nível de aptidão física. Pelo exposto, a presente pesquisa buscou verificar o nível de atividade física habitual de escolares da rede pública de ensino de Taguatinga - DF.

MATERIAL E MÉTODO:

A amostra foi formada por 223 alunos de ambos os sexos com faixa etária compreendida entre 10 e 13 anos, selecionados aleatoriamente. As variáveis estudadas foram o nível de atividade física e o índice de massa corporal. Foi utilizado como instrumento de medida do nível de atividade física o questionário Nível de Atividade Física (NAF) em anexo proposto por Militão et al. (2013). Para determinação do IMC, utilizamos a massa corporal (kg) e a estatura (m) referida. O cálculo e a

classificação do IMC seguiram o proposto pela Organização Mundial da Saúde. Foram consideradas as variáveis sexo e idade para caracterização da amostra. Os dados foram coletados no Centro de Ensino Fundamental 05 de Taguatinga e Escola Classe 10 de Taguatinga, ambas escolas da rede pública de ensino do Distrito Federal. Foi utilizado no presente trabalho a estatística descritiva por meio de frequências, médias e desvios padrão, com o uso do pacote estatístico SPSS versão 20.0. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Brasília sob o número 1.086.406.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Foram estudados 223 alunos de ambos os sexos, com idades entre 10 e 13 anos, sendo 107 do sexo feminino e 116 do sexo masculino. Os resultados de IMC relacionados à idade do sexo feminino, mostram que há uma evidente predominância (69%) de meninas classificadas como eutróficas. No entanto também é alto para este grupo etário a quantidade de meninas classificadas como sobrepeso (18%) e obesidade (11%), que quando somados ficam em 29% da amostra. Este dado é mais preocupante quando levamos em conta a baixa faixa etária, pois sabemos que crianças e adolescentes obesos tendem a tornar-se adultos obesos. Outro fator que chama a atenção é que conforme aumenta a idade também aumenta o percentual de meninas com sobrepeso e obesidade, o que parece demonstrar uma tendência preocupante. Há que salientar que este estudo não avaliou o grau de maturação sexual das meninas. Os meninos também seguem a tendência das meninas com 67,2% classificados como eutróficos. No entanto ao somarmos os alunos com sobrepeso e os obesos temos 27,6% da amostra. Considerando a faixa etária entre crianças e adolescentes, este número é muito preocupante. Este estudo não verificou o que se está trabalhando nas aulas de Educação Física Escolar e, portanto, não é possível fazer afirmações relacionando as aulas à este alto percentual de IMC em faixas perigosas. Tampouco se levou em consideração os hábitos alimentares para fazermos inferências sobre alimentação e altos índices de IMC. No entanto, aponta para uma preocupação eminente e que deve ser um indicativo para futuros estudos. No nível de atividade física do sexo feminino observamos um grande percentual de meninas classificadas com sedentárias (42,1%) e um alto número de crianças classificadas como irregularmente ativas (32,7%). Considerando os outros valores, obtivemos um número menor de meninas que foram classificadas como ativas (22,4%), e por último, com um percentual pequeno (2,8%) temos as meninas que se consideraram muito ativas. O NAF dos meninos mostra que 33% são sedentários, 31% irregularmente ativos, 19% são fisicamente ativos e 17% são muito ativos. Estes números

devem preocupar a todos pois nesta faixa etária é muito alto a quantidade de meninos que não fazem atividade física ou a fazem de forma irregular sem os benefícios da prática sistemática.

CONCLUSÃO:

Foi possível notar que considerando a faixa etária analisada neste presente estudo, obtivemos um valor preocupante de crianças, de ambos os sexos, classificados como obesos e com sobrepeso, já que é sabido que a tendência é de se tornarem adultos obesos. De acordo com a classificação do Nível de Atividade Física, meninos e meninas estão, predominantemente, sedentários, ou seja, não praticam nenhum tipo de atividade física. Vale ressaltar que o sedentarismo entre as crianças é de grande preocupação e deve ser motivo de alerta para doenças e complicações na vida adulta.

REFERÊNCIAS

- COPETTI, Jaqueline et al. Barreiras à prática de atividades físicas em adolescentes de uma cidade do sul do Brasil. **Revista Brasileira Atividade Física e Saúde**. v. 15 n.02 p. 88 - 94 2010.
- DRESCH, Franciele et al. Nível de atividade física de escolares da rede pública de ensino de um município do Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Promoção à Saúde**. v. 26 n.03 p.365-71 jul./set., 2013.
- MILITÃO, Angeliete G. et al. Effects of a recreational physical activity and healthy habits orientation program, using an illustrated diary, on the cardiovascular risk profile of overweight and obese schoolchildren: a pilot study in a public school in Brasilia, Federal District, Brazil. **Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy**. 2013; 6:445-51.
- World Health Organization. Global status report on non communicable diseases. Geneva, World Health Organization; 2010.

NOVAS AÇÕES EM SAÚDE NO GRUPO HIPERDIA POR MEIO DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Fernanda Guedes Ferreira Universidade Católica de Brasília ferferreira.med@gmail.com,

Karina Cristina Santos Lopes de Moraes Universidade Católica de Brasília,

karina.cristina9@gmail.com,

Kétuny da Silva Oliveira Universidade Católica de Brasília ketunyoliveira@gmail.com,

Sabrynnna Kefrey Mota Matos Universidade Católica de Brasília s.kefrey@gmail.com,

Eloá Fátima Ferreira de Medeiros Universidade Católica de Brasília eloamedeiros@gmail.com

Palavras – chave: Hipertensão Arterial. Diabetes Mellitus. Prevenção primária.

Introdução

No Brasil, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) representa um grave problema de saúde pública, acometendo entre 15% e 20% da população adulta, em plena fase produtiva, e mais de 50% dos idosos. Quando associada ao tabagismo, ao Diabetes Mellitus (DM) e à dislipidemia constitui fator de risco aumentado para as doenças cardiovasculares, que são responsáveis por cerca de 30% do total de mortes no país. Um excelente campo para o cuidado às pessoas com HAS e DM é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), definida como um conjunto de ações no primeiro nível de atenção, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Para organizar a assistência às pessoas com HAS e DM, o Ministério da Saúde lançou em 2001 o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes, materializado no Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes (HIPERDIA), que constitui um sistema de cadastro de modo a permitir o monitoramento e gerar informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e organizada. Mudanças no atendimento do paciente hipertenso e diabético como forma de facilitar a adesão ao tratamento e compreensão de suas comorbidades são práticas atualmente realizadas na Clínica da Família de Taguatinga/Areal (UBS-9) Brasília-DF. Além da abordagem clínica tradicional (com atividades sobre HAS e DM), incluiu-se no Grupo HIPERDIA a discussão de temas variados do cotidiano dos pacientes, com a participação da equipe ou convidados, além de atividades festivas e práticas sobre alimentação saudável. Estas atividades objetivaram a melhora da autoestima e da qualidade de vida dos pacientes, sem deixar de realizar o cuidado contínuo relacionados à HAS e DM. Este trabalho tem como objetivo descrever as atividades vivenciadas no Grupo HIPERDIA de uma equipe de ESF da Clínica da Família de

Taguatinga/Areal (UBS-9), Brasília-DF, com a participação de estudantes de medicina a partir da implementação de estratégias diferenciadas de condução dos grupos e, assim, avaliar como esta nova abordagem amplificada interfere no tratamento e na qualidade de vida dos participantes.

Materiais e Métodos

Relato de experiência sobre a ampliação de atividades desenvolvidas e temas diversificados no GRUPO HIPERDIA de uma equipe de ESF da Clínica da Família de Taguatinga/Areal (UBS-9), Brasília-DF, em conjunto com a Liga do Coração (LICOR) da Universidade Católica de Brasília no período de julho de 2016 a agosto de 2017. Essa parceria faz parte do escopo de atividades desenvolvidas pelo Projeto PET-SAÚDE GRADUASUS 2016/2018 da Universidade Católica de Brasília e a Secretária de Saúde do Distrito Federal e apoiado pelo Ministério da Saúde.

Resultados e Discussão

As ações do Grupo HIPERDIA com os pacientes crônicos (hipertensos e/ou diabéticos) são realizada por meio de 2 reuniões mensais com aproximadamente 15 (quinze) pessoas. Durante essas reuniões é aferida a pressão arterial, glicemia dos pacientes em jejum e verificado o peso de todos os pacientes, além da renovação da receita dos medicamentos em uso para os pacientes que se encontram compensados. Também são fornecidos os insumos dos pacientes diabéticos e os pedidos de exames (que devem ser realizados semestralmente). Após o término desta rotina, a equipe inicia a reunião com o grupo. Nesses encontros os pacientes tem a oportunidade de sanar suas dúvidas sobre os assuntos abordados e trazer suas experiências de vida. Os temas discutidos visam o controle dos parâmetros clínicos, a prevenção de comorbidades e promoção da saúde de maneira holística, e nem sempre estão relacionados diretamente a Hipertensão e Diabetes. Essa mudança ocorreu, pois os pacientes permaneceram assíduos aos encontros e já sabiam vários temas abordadas tradicionalmente. Por solicitação dos pacientes a equipe incluiu outros temas nas discussões mensais. Dentre os temas debatidos estão a HIV/AIDS, alimentação saudável e importância sobre a amamentação, direitos dos usuários do SUS, depressão, suicídio e felicidade.



Figura 1. Oficina Prática sobre Alimentação Saudável.



Figura 2. Palestra sobre a Importância do Aleitamento Materno.



Figura 3. Roda de Conversa sobre Depressão.

Algumas vezes durante o ano, a equipe convida profissionais especializados (psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas, dentistas e educadores físicos) para participar das reuniões e realizar dinâmicas de grupo. Em uma dessas situações a Liga do Coração da Universidade Católica de Brasília foi convidada à abordar Mitos e Verdades sobre a Alimentação e sua relação com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Também são realizadas atividades festivas, sempre com o objetivo de promover educação em saúde e estreitar os laços entre os participantes e os membros da equipe.



Figura 4. Festa de Confraternização do Natal com a equipe e os pacientes do Grupo HIPERDIA.

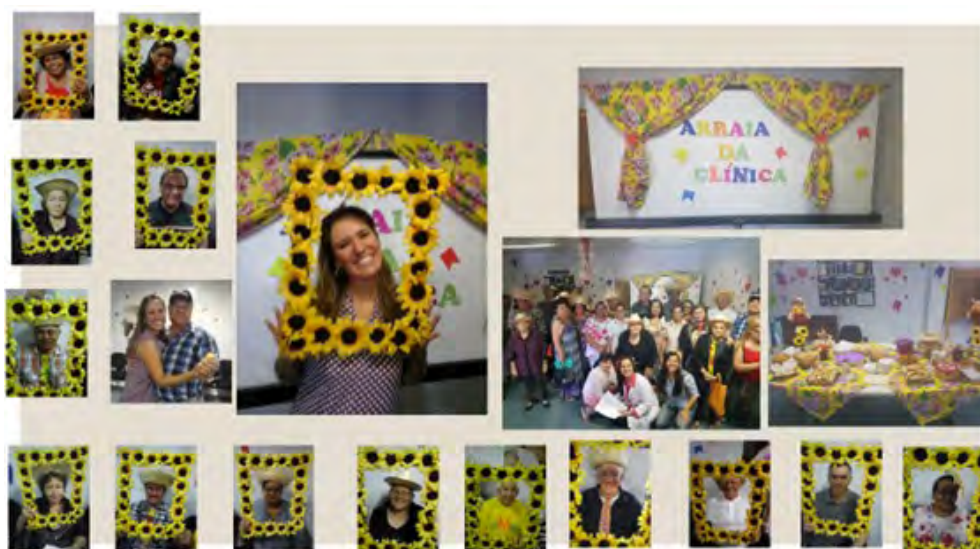


Figura 5. Festa Junina com a equipe e os pacientes do Grupo HIPERDIA.

Apesar dos bons resultados pressóricos e glicêmicos de grande parte dos pacientes participantes dos grupos de HIPERDIA, ainda existem alguns percalços relacionados a manutenção contínua dos parâmetros clínicos. Além disso, alguns pacientes relatam não participarem de todos os grupos devido dificuldade de se ausentar do trabalho e a ausência de sintomas relacionados à doença. Outro problema enfrentado é a dificuldade de adesão à dieta e medicamentos e não realização de atividade física, muitas vezes relacionada a baixa renda para mudanças de hábitos alimentares e prática de exercícios orientada por profissionais, além da dificuldade em adquirir os medicamentos (por

ausência na rede pública ou problemas para ir ao posto de saúde que possui unidade de dispensação).

Conclusão

A partir destas vivências junto à comunidade, observa-se que esta nova abordagem amplificada fortalece o vínculo entre a equipe de saúde e o paciente. Isso faz com que o paciente mantenha um acompanhamento regular na Clínica da Família, adquira conhecimento sobre sua doença e conviva melhor com ela, atuando como protagonista de sua melhora da qualidade de vida. Para a equipe e os acadêmicos de medicina da Liga do Coração participar destas atividades é uma maneira de ampliar conhecimentos em saúde pública, estreitar relações com a comunidade, participar de discussões multidisciplinares e atuar de modo sinérgico com os pacientes a fim de contribuir para a prevenção de comorbidades e promoção da saúde. A equipe de saúde trabalha continuamente para reconhecer as demandas da população participante e buscar sempre novos temas a serem discutidos e novos atrativos para a condução dos grupos. Por meio da comunicação com os pacientes, busca-se uma evolução constante no sentido de não homogeneizar, mas sim construir e fortalecer as relações para que cada participante possa contribuir através das suas vivências e se beneficiar desta estratégia. É nesse contexto que a Liga do Coração da Universidade Católica de Brasília tem se aproximar de forma a auxiliar na promoção de temas que possam estimular o convívio e a integração entre os participantes, além de sua permanência no grupo de forma contínua. Não deixando de lado as constatações sobre as dificuldades encontradas pela equipe e pacientes, buscando sempre novas estratégias de intervenção.

Referências Bibliográficas

- Carmo, F.M.R., *et al.* O papel do grupo hiperdia frente à dificuldade de adesão terapêutica. **Revista Atenção Primária à Saúde**. Juiz de Fora, v.19, n 2, p.346 – 347, 2016.
- Costa, A.A.S. et al. **Análise da Eficácia do Programa Hiperdia em Uma Unidade Básica de Saúde: da Teoria a Prática**. Anais do IX Encontro Latino Americano de Pós- Graduação – Universidade do Vale do Paraíba, 2009.
- Filha F.S.S.C.; Nogueira L.T.; Viana L.M.M. Hiperdia: Adesão e Percepção de Usuários Acompanhados Pela Estratégia Saúde da Família. **Revista Rene. Fortaleza**. v. 12, 2011.
- Souza, C.S., *et al.* **Controle da Pressão Arterial em Hipertensos do Programa Hiperdia: Estudo de Base Territorial**. Sociedade Brasileira de Cardiologia. v.102, n 6, p.571-578, 2014.

NUTRIÇÃO E EXERCÍCIO FÍSICO ASSOCIADOS A PROGRAMAÇÃO FETAL – UMA REVISÃO DE LITERATURA.

Joao Jose Dos Santos Júnior¹, Caroline Romeiro².

- 1- Estudante de nutrição da Universidade Católica de Brasília. Juniorqn5@yahoo.com.br
- 2- Docente do curso de nutrição da Universidade Católica de Brasília

Palavras-chave: Alimentação saudável. Obesidade. Obesidade materna. Desnutrição. Doenças crônicas não transmissíveis.

INTRODUÇÃO

Um estilo de vida saudável que associa a prática de atividade física e alimentação equilibrada, mesmo antes da gestação contribuem para a qualidade de vida da mãe e para o desenvolvimento do feto no período gestacional. Esses fatores contribuem inclusive para a saúde do bebê quando o mesmo chegar a fase adulta, diminuindo o risco de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). O conhecimento atual tem mostrado que a saúde da criança é, em grande parte, programada durante a sua vida intrauterina, e, portanto, uma gravidez programada e monitorizada poderá trazer vantagens para a mãe e para a saúde futura de seu filho (TEIXEIRA et al., 2015).

A nutrição, ciência que tem como ferramenta de trabalho os alimentos, apresenta papel fundamental no desenvolvimento humano, pois ela busca garantir com qualidade, quantidade e adequação fornecer aporte nutricional para o bom desenvolvimento fetal. A relação entre a nutrição no período fetal e perinatal e a repercussão na vida adulta tem sido reconhecida há várias décadas (SILVEIRA E PERRY, 2010)

A atividade física na gravidez torna-se importante de forma mais evidente para a saúde materna, mas tal benefício poderá refletir também na saúde fetal. Deve-se considerar alguns riscos na prática, como o excesso de esforço físico, tipo de atividade ou restrição médica. Atualmente, o exercício aeróbico é o mais estudado e recomendado na gravidez. O objetivo desse tipo de exercício durante a gestação é manter a capacidade cardiorrespiratória e o condicionamento físico materno ao longo do processo, além de auxiliar na prevenção e no controle do diabetes gestacional, da hipertensão e do ganho de peso (NASCIMENTO et al., 2014).

A programação fetal vem sendo estudada durante várias décadas, tanto em modelo animal quanto em seres humanos, e mesmo sendo um processo natural, pode ser influenciado e modificado por diversos fatores internos e externos, tanto de forma positiva como negativa. Essa programação irá influenciar na vida adulta do indivíduo propiciando benefícios ou risco à saúde. Em humanos, os estudos que envolvem a programação fetal geralmente associam a nutrição como estímulo indutor de programação fetal (LEANDRO et al., 2009).

Considerando a importância da programação metabólica durante o período fetal, esse trabalho teve como objetivo verificar por meio de revisão de literatura científica como a nutrição associada à atividade física durante a gestação podem influenciar na saúde do indivíduo desde o período fetal até a vida adulta.

MATERIAIS E MÉTODOS

A revisão de literatura foi realizada através da busca de artigos científicos em língua inglesa e portuguesa, os quais foram obtidos pelas bases de dados SciELO (Scientific electronic library online), Pubmed. As palavras chaves e termos usados na busca foram: “nutrição na gestação”, “programação fetal” “atividade física na gravidez”. A pesquisa bibliográfica incluiu trabalhos publicados no período de 2009 a 2017. A seleção dos artigos foi realizada através do título, termos chaves e a leitura dos resumos e conclusões. Os materiais selecionados foram aqueles de interesse para o estudo, ou seja, que faziam referências em seu conteúdo a aspectos relacionados a programação fetal, nutrição na gestação e prática de atividade física na gestação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A vida intrauterina pode ser responsável pelo desenvolvimento de doenças crônicas, estudos apontam que algumas doenças de alta incidência, como Diabetes Mellitus e patologias cardiovasculares estão associadas à esse período da vida, onde as escolhas alimentares da mãe vão dizer muito sobre o futuro do filho, podendo já nessa fase alterar parâmetros bioquímicos.

O excesso de peso ou a desnutrição são importantes fatores que podem causar doenças como: diabetes mellitus, hipertensão, aterosclerose e doenças cardiovasculares tanto na gestação quanto na vida adulta do bebê. Desta forma, recomenda-se uma adoção de um estilo de vida saudável, que deve iniciar-se mesmo antes da gravidez, para otimizar a saúde da mãe e reduzir o risco de complicações durante a gravidez e de algumas doenças no bebê (TEIXEIRA et al., 2015).

A obesidade é um dos problemas mais graves durante a gestação, tanto ela na pré-gestação quanto durante a gravidez, causando uma série de complicações. A obesidade implica também no

nascimento de bebês microscômicos, fetos grandes, com peso superior a 4kg, tal aspecto é um fator de risco para obesidade e síndrome metabólica. Estudos epidemiológicos têm mostrado uma tendência de aumento da obesidade materna com um aumento associado na prevalência de lactentes que foram nascido grande para idade gestacional. Em uma revisão sistemática de Yu et al., obesidade pré-gravidez em mulheres correlacionado com um risco aumentado de ter bebê lactentes nascidos grande para a idade gestacional e aumento do risco de obesidade mais tarde na vida (ELSHENAWY e SIMONS).

No quadro de obesidade o processo inflamatório ocorre de forma natural, pois envolve ação de citocinas pró-inflamatórias como TNF-alfa e IL-6 (interleucina 6) e ativação de células imunitárias, como os macrófagos. A saúde de uma gravidez depende de um delicado equilíbrio de fatores pro e antiinflamatórios. Há evidências de inflamação desencadeada pela obesidade na placenta, sob a forma de infiltração de macrófagos

e expressão elevada de citocinas (ELSHENAWY e SIMONS).

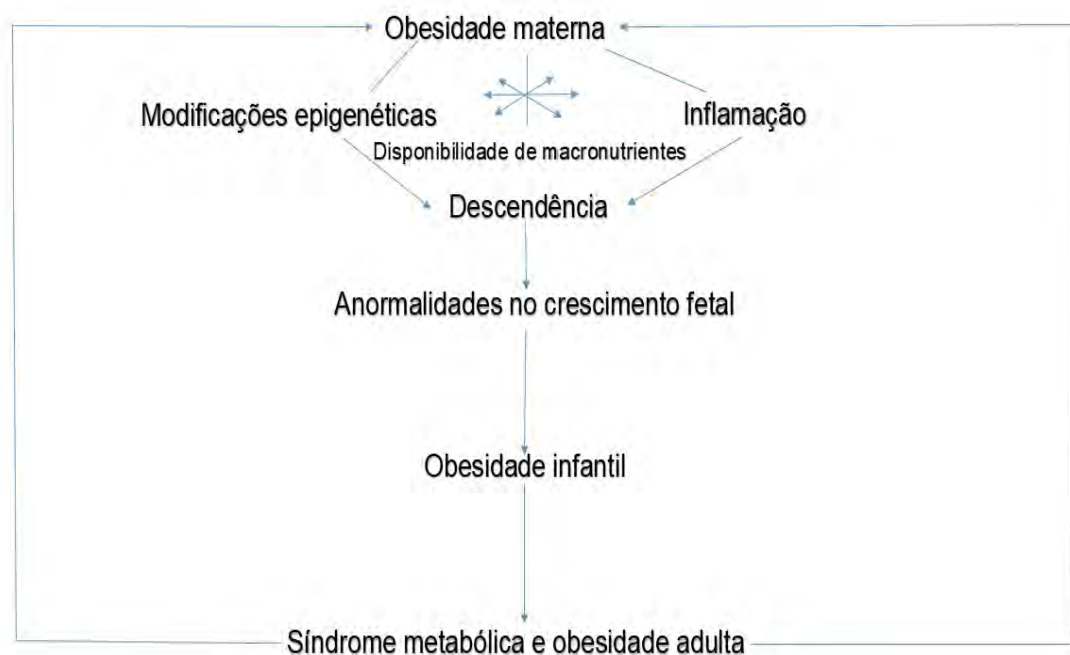


Figura 1 - Obesidade materna e suas consequências

Assim como, a obesidade materna, a desnutrição durante a gestação também é prejudicial, principalmente se ela estiver acompanhada de restrição tanto calórica, quanto proteica, fatores que também ajudam na modulação genética. A desnutrição tem sido motivo de grande preocupação para o desenvolvimento do mundo. Estudos semanais de acompanhamento baseados na fome Holandesa, a fome do inverno e a Nigeriana durante a Guerra Civil estabeleceram que os filhos nascidos durante esses períodos adquiriram um fenótipo econômico associado mais tarde com níveis de colesterol triglicéridos elevados, tolerância à glicose diminuída e maior índice de massa corporal, resultando em maior risco de doença cardiovascular (GANU et al., 2012)

Além do estilo de vida alimentar saudável, estudos atuais mostra que a prática de atividade física, em especial os exercícios aeróbicos, trazem benefícios para a mãe na sua fase gestacional, evitando complicações patológicas. O objetivo do exercício aeróbico durante a gestação é manter a capacidade cardiorrespiratória e o condicionamento físico ao longo do processo, além de auxiliar na prevenção e no controle do Diabetes Gestacional e da hipertensão gestacional e do ganho de peso materno (NASCIMENTO et al., 2014).

O engajamento em atividade de lazer e recreativas (natação e caminhada, três vezes por semana) está relacionada a efeitos na mãe e no peso do filho ao nascer. Estudos epidemiológicos relatam que a combinação entre atividade física regular e uma dieta equilibrada pode reduzir o risco de doenças na mãe, tais como: hipertensão, diabetes mellitus gestacional, desordem no desenvolvimento placentário, resposta insulina-glicose. Assim, mulheres que se exercitam regularmente deveriam continuar com o mesmo volume de atividade física, aumentando suas atividades de recreação e lazer em cerca de 20 a 30 minutos com uma frequência de 3 a 5 dias por semana (LEANDRO et al., 2009).

Segundo um estudo de Silveira com dezoito ratas divididas em dois grupos nutricionais, o grupo controle e grupos experimentais: DG-desnutrido na gestação, DL-desnutrido na lactação, N/H-normonutrido durante a gestação e a lactação foram tratadas durante 4 meses. Após o nascimento, os filhotes machos foram divididos em 3 grupos: C (Controle: 25% de proteína, 10% de lipídios e 65% de carboidratos); NH (Normonutrido – dieta controle durante a gestação e a lactação e DL (desnutrido na lactação), onde a mãe recebeu dieta com apenas 7% de proteína durante a lactação. Aos 30 dias de vida, todos os filhotes começaram a receber dieta hiperlipídica (50% de lipídio), exceto o controle. Após 120 dias de tratamento coletou-se dados bioquímicos e traçou-se o perfil lipídico e de insulina/glicose dos filhotes.

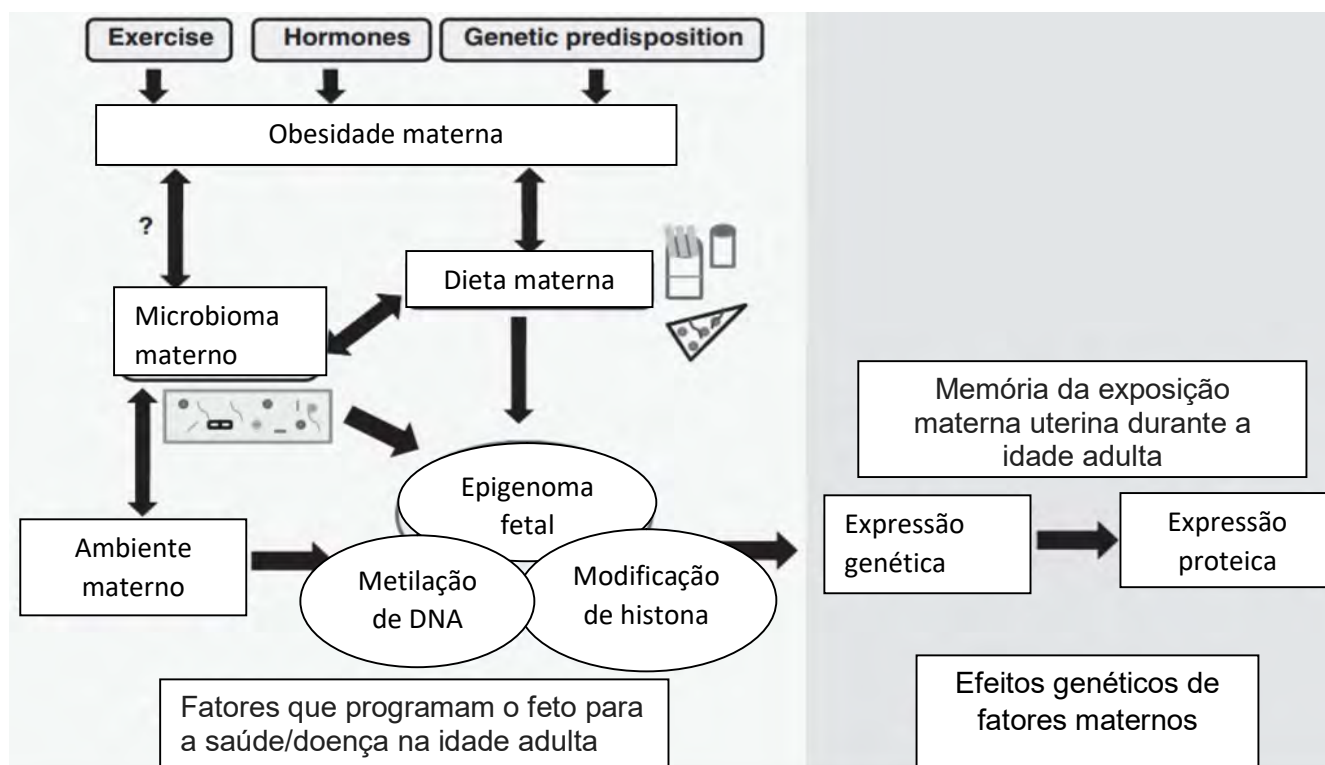


Figura 2 - Visão geral dos fatores maternos que moldam o epigenômetro fetal e os efeitos na expressão do gene fetal na idade adulta

O grupo controle apresentou como resultados, glicose $102 \pm 5,2$, insulina $14,05 \pm 2,88$ e colesterol $124,2 \pm 12,33$, o grupo normonutrido teve como resultados glicose $117 \pm 14,1$, insulina $16,99 \pm 1,57$ e colesterol $178,86 \pm 11,58$. Já para o grupo desnutrido na gestação, obteve-se o seguinte: glicose $128,5 \pm 7,5$, insulina $21,05 \pm 2,31$ e colesterol $221,17 \pm 18,76$. Por fim, o grupo desnutrido na lactação observou-se os seguintes valores: glicose $106,39 \pm 9,8$, insulina $20,15 \pm 1,42$ e colesterol $270,09 \pm 9,12$.

Nota-se que o grupo controle apresenta menores alterações nos valores bioquímicos em comparação aos outros grupos experimentais. Observa-se ainda que a maior alteração se dá no perfil lipídico, onde os filhotes foram expostos a uma dieta hiperlipídica (50%), que refletiu em valores altos de colesterol, triglicerídeos e ácidos graxos livres. O que comprova que uma dieta inadequada desde a gestação associada a um padrão errôneo na lactação promove malefícios à saúde.

CONCLUSÃO

A nutrição adequada e atividade física regular são importantes fatores quando se trata de programação fetal. A atividade física ajuda a mulher no seu bem estar físico, melhorando

condicionamento e capacidade respiratória que auxiliam no correto controle de peso e no não surgimento de comorbidades. Porém a nutrição, evidenciada pelos estudos, mostra-se mais relevante, pois ela é capaz de realmente moldar a bioquímica de um indivíduo desde sua formação intrauterina. Essa característica de molde, pode ser gatilho para o surgimento das DCNT.

Assim, boas escolhas alimentares em macronutrientes (proteína, carboidratos e lipídios) e micronutrientes e uma vida longe de características sedentárias, desde um período pré-gestacional comorbidades.

REFERÊNCIAS

ELSHENAWY S., SIMMONS R. Maternal Obesity and prenatal programming. Molecular and Cellular Endocrinology, Jul. 2016

GANU R. S. et al., Maternal diet: a modulator for epigenomic regulation during development in nonhuman primates and humans. International Journal of Obesity Supplements. 2012. Macmillan Publishers Limited. 2012;

LEANDRO C. G. et al., Pode a atividade física materna modular a programação fetal induzida pela nutrição?. Revista de nutrição, Campinas 22(4):559-569, jul/ago., 2009;

NASCIMENTO S. L. DO et al Recomendações para a prática de exercício físico na gravidez: uma revisão crítica da literatura. Universidade Estadual De Campinas – UNICAMP- Campinas. Brasil. Jul. 2014;

SILVEIRA S. DA L., PERRY M. L. DOS S. Programação Metabólica: estudo de parâmetros indicadores de resistência à insulina e espécies reativas de oxigênio em ratos. [Internet]. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/21426/000737526.pdf?sequence=1>;

TEIXEIRA D. et al., Alimentação e nutrição na gravidez. Direção Geral da Saúde (Portugal). Lisboa. Mar. 2015.

O CENÁRIO QUANTITATIVO DOS MÉDICOS DA FAMÍLIA E COMUNIDADE NO DISTRITO FEDERAL: UMA ANÁLISE DA TEORIA SOBRE A REALIDADE

Carolina Barbosa Carvalho do Carmo¹, José Donato de Sousa Netto¹, Laura Olívia Tavares Souto¹, Fabiana Nunes de Carvalho Mariz¹, Cláudia Mendonça Magalhães Gomes Garcia¹

1.Universidade Católica de Brasília

carolinacarmo@icloud.com , donatojose05@gmail.com, laura_oliviats@icloud.com,
fabianan@ucb.br, claudia@ucb.br

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema público de saúde brasileiro regularizado, desde 1990, por meio da Lei Orgânica da Saúde 8.080. Uma das linhas de atuação do SUS é a atenção básica à saúde. A principal estratégia da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é o estabelecimento do plano da saúde da família, que é consolidado por meio das equipes de saúde da família (ESF).

As ESF são compostas por equipes multiprofissionais que atuam em uma determinada área para diminuir as vulnerabilidades e os riscos daquela população, funcionando como a porta de entrada para o usuário do SUS,

O Brasil, com o estabelecimento da PNAB, passa por um processo de transição e estruturação das ESF, inclusive no DF, local onde a situação é preocupante pela má distribuição dos médicos, falta de médicos da família e comunidade (MFC) e alta demanda da população por esses serviços.

Dessa forma, essa pesquisa destina-se a discutir qual o cenário quantitativo atual dos médicos no DF, principalmente os MFC, e o que vem sendo feito para mudar essa realidade.

Material e Métodos

Foi realizada uma pesquisa quantitativa em bases de dados públicos de sítios eletrônicos oficiais – Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal (CRM-DF) e Conselho Federal de Medicina (CFM) e outros. Em seguida, buscou-se analisar e correlacionar as informações encontradas.

Resultados e Discussão

O SUS, em teoria, é um sistema que deveria atender as demandas de toda a população de modo integral, equitativo e universal. Ao analisar o contexto no qual o DF está inserido, percebe-se que ainda há um longo caminho a percorrer. Cada ESF é preparada para atender 3.750 pessoas. A população do DF, estimada pelo IBGE para 2017, é de 3.039.444 habitantes, indicando que, para atendê-la eficientemente, seriam necessárias 810 ESF.

Entretanto, há 242 ESF distribuídas de forma equitativa no DF. A meta da SES-DF é criar mais 329 equipes, totalizando 571, número que ainda seria insuficiente para atender toda a população.

Cada ESF deve possuir pelo menos um médico, que pode ser tanto um especialista em medicina da família e comunidade - com carga horária na residência médica de 5.760 horas - quanto um médico que tenha feito um curso de capacitação oferecido pelo SES-DF - com carga horária de 360 horas.

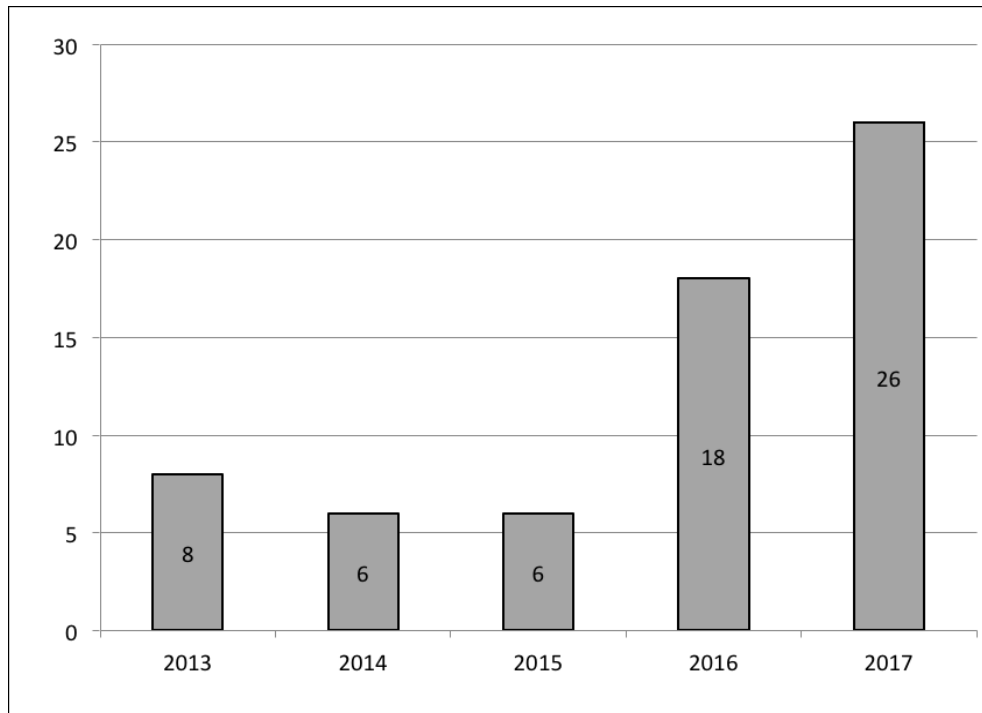
Atualmente, há 91 especialistas em MFC registrados no CRM-DF, indicando que, mesmo se todos os MFC trabalhassem nas ESF - uma vez que um médico pode possuir mais de uma especialidade – existem hoje no mínimo 151 equipes (62%) compostas por médicos não especialistas em medicina de família e comunidade.

Por outro lado, nota-se um aumento de inscritos em medicina de família e comunidade no DF, principalmente no ano de 2017, com 26 médicos. Apesar disso, a quantidade de ESF e de MFC revela que a atenção primária à saúde no DF é deficitária.

Outro ponto que chama a atenção é a disparidade da quantidade de MFC em relação a outras categorias médicas no DF: entre os registrados ativos, 13.224, os MFC são apenas 91. Entretanto, outras especialidades, como clínica médica e pediatria, possuem, respectivamente, 1.276 e 1.263 médicos registrados ativos.

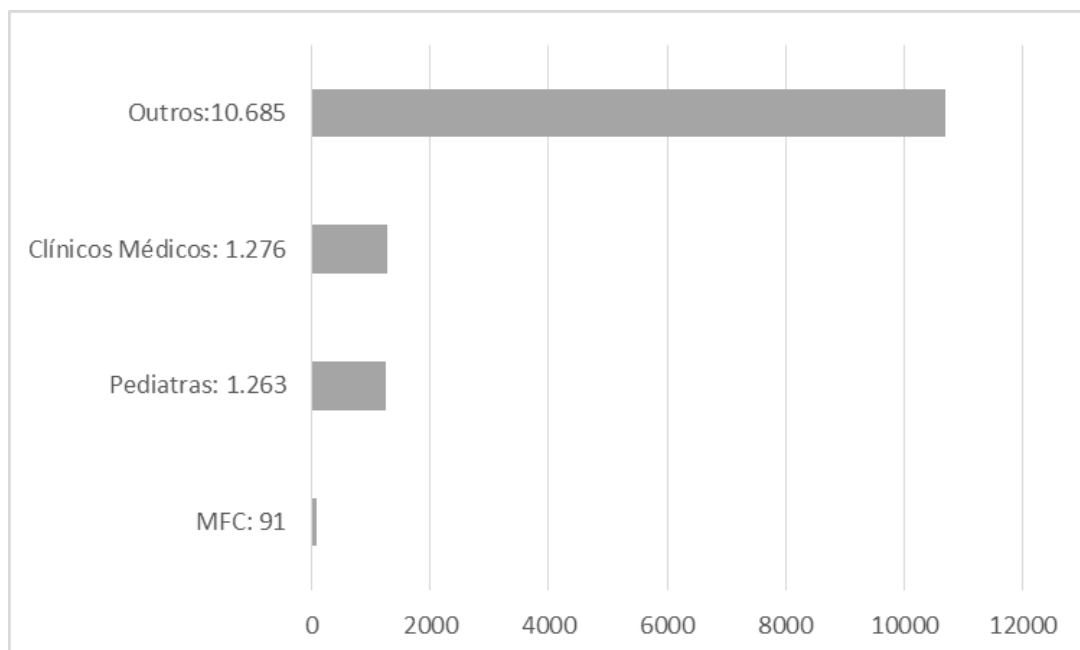
Ademais, em se tratando da quantidade de médicos por habitante, a Organização Mundial da Saúde (OMS) sugere, como parâmetro ideal de atenção à saúde da população, a relação de 1 médico para cada 1.000 habitantes. No caso do DF, há 1 médico para, aproximadamente, 230 habitantes, o que deixa claro um grave problema de distribuição dos profissionais na atenção à saúde.

Figura 1: Quantidade de Médicos da Família e Comunidade inscritos no CRM-DF no período de 2013 a 2017



Elaborado mediante dados do CRM DF, 2017.

Figura 2: Quantidade de Médicos da Família e Comunidade comparado a outras categorias médicas



Elaborado mediante dados do CRM DF, 2017.

Conclusão

Os desafios para a estruturação do SUS, conforme seus princípios, persistem. No que tange à atenção primária, os obstáculos são consideráveis e podem começar na busca pela redistribuição adequada dos médicos. A SES-DF vem atuando positivamente, no sentido de criar subsídios para que médicos de outras áreas atuem como MFC. É necessário, contudo, questionar se a proposta de criar somente 571 ESF, e se as capacitações - de apenas 360 horas - para médicos atuarem como MFC, serão suficientes para garantir que atenção primária no DF funcione de acordo com os princípios propostos pela PNAB: acessibilidade, universalidade e integralidade.

Palavras-chave: SUS. Medicina. Princípios. ESF.

Referências Bibliográficas

- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Estatística. Disponível em:
<http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_estatistica>. Acesso em: 26/09/2017;
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Portal Médico. Disponível em:
<http://www.portalmedico.org.br/include/biblioteca_virtual/abertura_escolas_medicina/007.htm>
Acesso em: 26/09/2017;
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em:
<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/panorama>>. Acesso em: 26/09/2017;
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Disponível em:
<http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf>. Acesso em: 26/09/2017;
- DISTRITO FEDERAL. Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal. Disponível em:
<http://www.crmdf.org.br/index.php?option=com_medicos&Itemid=59>. Acesso em: 23/09/2017;
- DISTRITO FEDERAL, Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Saúde da Família. Disponível em:
<http://brasiliasaudavel.saude.df.gov.br/2055/Noticias/OndeJaFunciona_238970/>. Acesso em: 26/09/2017.
- SANTA CATARINA. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Regulamento do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade. Disponível em:
<http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/20_01_2016_13.54.43.6c44e1afd0c5a2426aab14a383c54065.pdf> Acesso em: 23/09/2017.

O PAPEL DA VITAMINA D NAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS

Ana Flávia Leal Cavalcante, Fabiani Lage Rodrigues Beal , Caroline Romeiro,
Flávio Teixeira Vieira.

Palavras-chave: Vitamina D, Doenças inflamatórias intestinais, Mucosa intestinal.

Introdução

A vitamina D (Vit D) possui grande importância na integridade da mucosa intestinal, além de exercer um papel essencial no sistema imunológico. Quando em baixas concentrações no organismo pode ser desencadeadora de algumas patologias, como as doenças inflamatórias intestinais (DII). A DII é uma condição inflamatória crônica que inclui a Doença de Chron (DC) e Retocolite ulcerativa (RCU). São ocasionadas a partir de alguma disfunção da integridade intestinal, gerando uma resposta desregulada da mucosa imunitária aos micro-organismos intestinais num hospedeiro geneticamente susceptível (ASSA et al., 2014).

A mucosa intestinal íntegra funciona como uma barreira contra invasão de micro-organismos e proporciona uma boa absorção de nutrientes, os quais são necessários para o bom funcionamento do organismo (FRIGSTAD et al., 2016).

Dito isso, o objetivo deste trabalho foi analisar o papel da vitamina D nas doenças inflamatórias intestinais.

Metodologia

Trata-se de uma revisão de literatura. Para o levantamento bibliográfico, optou-se pela busca de artigos nacionais e internacionais, na língua inglesa, portuguesa e espanhola, publicados no período de 2007 a 2017 (últimos 10 anos), disponíveis nas bases de dados pertencentes à Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América (PubMed).

Considerando os estudos incluídos, aproximadamente 2.000 indivíduos foram analisados, sendo os estudos selecionados classificados como transversais (3), ensaios clínicos (2), coortes (4) e retrospectivo (1).

Discussão e Resultados

A prevalência da deficiência e insuficiência de Vit D é muito habitual na população em geral, inclusive em pacientes que possuem DII. Essa deficiência de Vit. D pode ser devido a uma combinação de fatores, tais como baixa ingestão de alimentos fonte, má absorção de nutrientes, incluindo a vitamina D, menor exposição solar, baixa produção de melanina e variação sazonal (MAEDA et al., 2014).

O Receptor de vitamina D (VDR) é abundantemente expresso no intestino, podendo desempenhar um papel regulador dos centros intestinais, agindo como uma molécula-chave no controle da inflamação da mucosa. Portanto, o VDR pode ser considerado um fator genético capaz de influenciar no desenvolvimento das DII (COSNES et al., 2011).

Um estudo verificou o grau de atividade das DII pode estar associado a um maior número de complicações, efeitos adversos e deficiências de nutrientes. ULITSKY et al., (2013) realizaram um estudo do tipo coorte, analisando 403 portadores de DC e 101 de RCU. Não houve diferença significativa da prevalência de deficiência de Vit D entre DC e RCU. Pacientes com deficiência de Vit D tendiam a ser mais velhos ($p = 0,004$). A deficiência de Vit D foi associada independentemente ao aumento da atividade da DC ($p=0,001$), quando analisada pelo Índice de Harvey-Bradshaw, que verifica a diferenciação entre doença ativa e estado de remissão. Conclui-se que a deficiência de Vit D é comum nas DII e está associada independentemente.

Outro estudo semelhante JØRGENSEN et al., (2010) realizaram um ensaio clínico randomizado, duplo-cego e controlado, objetivando avaliar os benefícios do tratamento oral com Vit D3 na DC. Foram avaliados 94 pacientes com DC em remissão. Os pacientes foram randomizados para receber 1200 UI de Vit D3 ($n = 46$) ou placebo ($n = 48$) uma vez por dia durante 12 meses. O tratamento com Vit D3 aumentou os níveis séricos de 25(OH)-D independentemente da estação ($p<0,001$), verificado após 3 meses do início da suplementação e ao final. A média de 25(OH)-D permaneceu abaixo do recomendado (50 nmol/L), mesmo com a suplementação, não sendo capaz de reduzir o risco para DII.

Conclusão

A Vit D parece exercer um papel fundamental no controle da integridade da mucosa intestinal por meio do receptor VDR e por sua atividade imunológica. Logo, sua deficiência pode comprometer a integridade da mucosa e deixá-la mais susceptível à desordens e inflamação, podendo contribuir para o advento de DII.

Níveis aumentados de Vit D em portadores de DII estão associados a melhores scores de qualidade de vida, menores níveis de marcadores inflamatórios e um microbioma mais favorável, com diminuição de bactérias do tipo patogênicas.

Por sua vez, para pacientes portadores de DII sugere-se a ingestão de alimentos fonte de Vit D, principalmente da exposição solar adequada para manutenção dos níveis séricos normais.

Referências

- ASSA, Amit et al. Vitamin D Deficiency Promotes Epithelial Barrier Dysfunction and Intestinal Inflammation. **The Journal of Infectious Diseases**, v.2 n.8, p. :1296–305, 2014.
- BASHIR, Mina et al .Effects of high doses of vitamin D3 on mucosa-associated gut microbiome vary between regions of the human gastrointestinal tract. **European Journal of Nutrition** v.55 n.4 p.1479-89, 2015.
- COSNES, Jacques et al. Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases. **Gastroenterology**, v. 140, n. 6, p. 1785-1794. e4, 2011.
- DELGADO, Abreu Yamilka et al. Serum vitamin D and colonic vitamin D receptor in inflammatory bowel disease. **World journal of gastroenterology**, v. 22, n. 13, p. 3581, 2016.
- FRIGSTAD, Svein Oskar et al. Vitamin D deficiency in inflammatory bowel disease: prevalence and predictors in a Norwegian outpatient population. **Scandinavian Journal of Gastroenterology**, v. 52, n. 1, p. 100-106, 2017.
- HLAVATY, Tibor et al. Higher vitamin D serum concentration increases health related quality of life in patients with inflammatory bowel diseases. **World J Gastroenterol**, v. 20, n. 42, p. 15787-15796, 2014.
- JØRGENSEN, Soren et al. Clinical trial: vitamin D3 treatment in Crohn's disease - a randomized double-blind placebo-controlled study. **Alimentary Pharmacology & Therapeutics - Journals** v.32 n.3 p.:377-83, 2010.
- MAEDA, Sergio Setsuo et al. Recomendações da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) para o diagnóstico e tratamento da hipovitaminose D. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**..v.58 n.5 p. 411-433. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302014000500411> Acesso em: 15 maio. 2017.
- ULITSKY, Alex et al. Vitamin D deficiency in patients with inflammatory bowel disease association with disease activity and quality of life. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, v. 35, n. 3, p. 308-316, 2011.

O PAPEL DOS MERENDEIROS NA CULTURA ALIMENTAR BRASILEIRA, UMA VALORIZAÇÃO DO ATO DE COZINHAR EM RECEITAS DA ALIMENTAÇÃO ESCOLAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Irisléia Aires Silva, Universidade Católica de Brasília (irisleia@yahoo.com.br);

Cristine Savi Fontanive, Universidade Católica de Brasília (cristinesavi@gmail.com);

Iama Marta de Araújo Soares; Universidade Católica de Brasília (iamasoaresh@yahoo.com.br);

Marcus Vinícius Vascomcelos Cerqueira, Universidade Católica de Brasília

(marcusc@ucb.br).

Palavras-chave: Antropologia. Consumo Alimentar. Alimentação Escolar e Merendeiros.

INTRODUÇÃO

O ato de cozinhar é uma forma de comunicação, um código complexo que permite compreender os mecanismos da sociedade a qual o indivíduo pertence. Como cita Maciel (2013), “Cozinhar é uma corrente do bem, uma receita nasce simples, passa de geração em geração e, a cada mão torna-se ainda melhor”.^{1,2}

Menasche, Colaço e Tempass (2015) afirmam que o ato de comer é revestido de valores sociais, econômicos, políticos além de estar intimamente relacionado às questões emocionais, demonstrações de sentimentos e ao conforto de estar em casa, mesmo estando longe do seu local de nascimento.

Identidade e pertencimento são situados na cozinha ou na mesa, reproduzindo paisagens culturais e sensoriais. Em cada grupo social existem pessoas detentoras de saberes alimentares próprios, que legitimam a identidade do grupo, quer se trate de prática cotidiana culinária familiar, ou na elaboração de produtos complexos. É através da memória que pratos e receitas que são transmitidos de geração em geração, mesmo quando as pessoas se distanciam de suas raízes^{3,4}.

A singular culinária do Brasil incorpora a cultura original de populações indígenas, assim como as inúmeras tradições, como a africana, portuguesa, espanhola, italiana, alemã, polonesa, holandesa, libanesa, japonesa, entre outras. Desde o início da colonização, a história brasileira traz em sua memória relatos da cultura alimentar: sua cor, seu aroma e seu sabor. O patrimônio culinário expresso nos pratos, nas receitas tradicionais, faz parte da memória afetiva, do registro, da transmissão oral da herança cultural brasileira que convive com a modernidade⁵.

No entanto, nas últimas décadas o cardápio tradicional brasileiro vem sofrendo transformações que resultaram em modos de cozinhar e se alimentar que não refletem as dinâmicas ricas, diversas e vivas da sociedade. Alimentos como o arroz, o feijão, mandioca, milho, abóbora, frutas e hortaliças típicos das regiões brasileiras, consumidos *in natura* ou minimamente processados, estão sendo ameaçados por alimentos industrializados e prontos para consumo, com excesso de sódio, açúcares, gorduras, conservantes e outros químicos que causam danos à saúde⁶.

Cada vez mais a população tem preferido os alimentos globalizados em detrimento da diversidade de culturas locais e tradicionais. Aliado a isso a produção de alimentos baratos com cadeias longas de produção facilitou o acesso de alimentos mais baratos à população de menor poder aquisitivo e viabilizou dietas de má qualidade alimentar. O “alimento moderno” e globalizado corta o vínculo entre alimento e natureza, tendo como consequência a padronização dos alimentos que por consequência perde identidade ou qualidade simbólica, justamente pela ausência de uma origem identificável^{7, 8}.

As mudanças nas práticas alimentares acenderam o alerta do Setor de Saúde desde que se estabeleceu uma correlação entre alimentação e algumas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Tendências atuais no consumo de alimentos podem ser preditoras da situação nutricional da população e constituem um sistema de alerta precoce para a formulação de políticas e ações de saúde, educação e nutrição^{9, 10}.

A rápida transição epidemiológica e nutricional contribuiu para altas taxas de sobrepeso e obesidade. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU) cerca de 600 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de obesidade. Embora a desnutrição e a obesidade coexistam, a maioria das políticas ainda favorecem a prevenção da desnutrição, e apenas recentemente países latino-americanos iniciaram a implementação de planos ou estratégias nacionais para prevenir e reduzir a obesidade na infância. Com o objetivo de identificar soluções e boas práticas para o enfretamento da obesidade infantil a Assembleia Geral da ONU proclamou a Década de Ação sobre Nutrição que busca a implementação de planos ou estratégias nacionais para prevenir e reduzir a obesidade infantil desenvolvendo políticas de abordagens multissetoriais¹¹.

Nesse contexto o Ministério da Educação em conjunto com o Ministério da Saúde publicou em 2006 a Portaria Interministerial nº 1010 que instituiu diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas públicas e privadas em âmbito nacional. O documento já trazia estratégias e recomendações no combate de doenças provenientes de má alimentação e mudanças no estilo de vida. A Portaria considera que alimentação não é uma questão puramente nutricional, mas um ato

social inserido num contexto cultural e que a alimentação no ambiente escolar deve ter função pedagógica¹².

A escola é um espaço privilegiado para a construção e a consolidação de práticas alimentares saudáveis em crianças, pois é um ambiente no qual atividades voltadas a educação em saúde podem apresentar grande repercussão. Para atingir o objetivo de uma alimentação saudável no ambiente escolar, entre outros fatores é necessário sensibilizar e capacitar os profissionais envolvidos direta ou indiretamente com a alimentação escolar^{12,13,14}.

Nessa perspectiva o presente trabalho propõe apresentar uma experiência exitosa de formação e valorização dos atores envolvidos na execução e prática da alimentação escolar. Onde foi utilizado o ato de cozinhar como objeto de valorização dos profissionais que atuam no ambiente escolar.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa. Optou-se quanto ao caminho metodológico pela perspectiva da observação de uma experiência prática. Para compreender melhor a vivência foi realizada uma revisão de literatura em temas relacionados na base de dados Scientific Electronic Lebrary Online – Scielo no período de 2010 a 2017.

No dia 31 de março de 2015 o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) comemorou 60 anos de existência. Sendo considerado como a política pública de segurança alimentar e nutricional mais longo do país, o PNAE tem por objetivo contribuir com o crescimento e o desenvolvimento biopsicossocial, a aprendizagem, o rendimento escolar e a formação de práticas alimentares saudáveis dos alunos, por meio de ações de educação alimentar e nutricional e da oferta de refeições saudáveis e nutritivas¹⁵.

O Programa tem como eixos principais: a oferta de alimentação adequada, saudável com o uso de alimentos variados e seguros; e a Educação Alimentar e Nutricional (EAN), que é o conjunto de ações formativas, de prática contínua e permanente, transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional, que objetiva estimular a adoção voluntária de práticas e escolhas alimentares saudáveis de colaborem para a aprendizagem, o estado de saúde do escolar e a qualidade de vida do indivíduo^{1,14,16}.

Na perspectiva de fortalecer a EAN e em comemoração aos 60 anos do PNAE, a Coordenação Geral do Programa Nacional de Alimentação Escolar lançou o Concurso “Melhores Receitas da Alimentação Escolar”.

A ação consistiu na eleição, divulgação e premiação de receitas culinárias elaboradas por merendeiros da alimentação escolar que atuassem em escolas públicas de educação básica do Brasil. Com o objetivo de valorizar o papel desses atores sociais na promoção da alimentação saudável e promover a mobilização da comunidade escolar para a temática de EAN. Ao longo desse processo gestores e nutricionistas responsáveis técnicos pelo PNAE também tiveram seu trabalho reconhecido.

Para concorrer o participante deveria ser merendeiro da alimentação escolar em escola pública. Cada participante só poderia representar uma única escola, bem como cada escola só poderia ter um participante. Mesmo que o participante atuasse em mais de uma escola ou que a escola tivesse em seu quadro efetivo de funcionários mais de um(a) merendeiro(a).

O Concurso foi dividido em quatro etapas: Eliminatória/classificatória, Estadual, Regional e Nacional.

Inicialmente, na etapa eliminatória todas as receitas foram analisadas a fim de se verificar quais alcançariam pontuação mínima de “6”(seis), conforme os seguintes critérios estabelecidos: possuir nutricionista responsável técnico cadastrado no FNDE, executar ações de EAN, ter adquirido alimentos oriundos na agricultura familiar, ter Conselho de Alimentação Escolar (CAE) constituído e válido e estar adimplente com a prestação de contas de 2014 no âmbito do PNAE.

Todos os participantes que alcançaram pontuação mínima “6” receberam certificado de participação.

Para a etapa estadual foi aberta votação para as receitas que alcançaram a pontuação mínima no site do Concurso. Foram considerados votantes todos os nutricionistas cadastrados junto ao FNDE com CRN válido e os presidentes dos CAEs.

Cada votante pôde selecionar até 4 (quatro) receitas, pontuando de 1 (um) a 5 (cinco), inscritas no seu estado para participar da Etapa Regional considerando os seguintes critérios: viabilidade no PNAE, valorização de hábitos locais e criatividade.

Todos participantes que alcançaram a etapa estadual receberam um *kit* personalizado para o concurso de manipuladores de alimentos.

Na etapa Regional, foram selecionadas as 5 (cinco) receitas mais bem votadas por Unidade Federativa (UF), totalizando 135 (cento e trinta e cinco) receitas. Nessa etapa os participantes das receitas classificadas acessaram o site do Concurso para inserir a descrição de uma atividade de Educação Alimentar e Nutricional desenvolvida, relacionada à receita classificada. O não cadastramento da ação nesta etapa caracterizava a eliminação do Participante.

Após a eleição das 135 (cento e trinta e cinco) receitas, foi aberta a votação para a eleição das 3 (três) receitas e ações de EAN mais bem votadas de cada região.

Para os 15 (quinze) ganhadores dessa etapa foi oferecido um curso de boas práticas e elaboração de receitas, com duração de 2 dias, realizado em Brasília, com todas as despesas pagas.

Na etapa nacional, os 15 (quinze) finalistas selecionados foram levados para Brasília para a elaboração de suas receitas de acordo com o que foi cadastrado e estes deveriam apresentar um vídeo de até 5 minutos ou um breve relato de até 10 minutos da atividade de Educação Alimentar e Nutricional desenvolvida na escola que estavam representando.

As 15 (quinze) receitas foram submetidas a avaliação de comissão julgadora formada por estudante da rede pública de educação básica, um chef de cozinha, um nutricionista, um conselheiro de alimentação escolar e um representante de entidade pública parceira do FNDE.

Na etapa nacional foram preparadas as 15 (quinze) receitas em tempo real durante evento realizado em Brasília. A comissão julgadora ficou incumbida de escolher um representante de cada região considerando os mesmos critérios de avaliação usados durante a votação eletrônica.

Os cinco vencedores, representantes de cada região foram premiados com um valor em espécie, uma viagem para Santiago do Chile além dos prêmios acumulados ao longo das etapas do concurso^{16, 26}.

Como resultado do concurso “Melhores Receitas da Alimentação Escolar” e ainda com objetivo de valorizar e divulgar a importância desta experiência, o FNDE publicou o Livro “Melhores Receitas da Alimentação Escolar”. Na publicação além das receitas mais bem votadas durante o concurso é possível ver o trabalho desses profissionais no âmbito da alimentação escolar²⁶.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O concurso alcançou mais de duas mil inscrições de merendeiros de todo o Brasil que, após passarem pela etapa eliminatória, seguiram para a votação de nutricionistas e presidentes dos conselhos de alimentação escolar. As receitas classificadas seguiram para votação de nutricionistas e presidentes dos conselhos de alimentação escolar (votantes) de todo o Brasil.

Na etapa estadual os votantes puderam escolher dentro de seus estados até quatro receitas considerando os seguintes critérios de votação: possibilidade de replicação da receita no contexto da Alimentação Escolar, utilização de alimentos regionais, inovação e originalidade. Nesta etapa foram eleitas 135 receitas, sendo 5 para cada um dos 26 estados e o Distrito Federal.

Na etapa regional os participantes incluíram ações de EAN que tivessem relação com as receitas previamente cadastradas. Após a inclusão, as receitas e ações de EAN foram, novamente, disponibilizadas para votação. Foram desclassificados os participantes que não cadastraram a ação.

Para a etapa nacional foram selecionadas 15 (quinze) receitas considerando a avaliação de nutricionistas e conselheiros da alimentação escolar conforme critérios estabelecidos no edital do concurso (Quadro I). Os 15 participantes selecionados para esta etapa eram mulheres.

Quadro I – Etapa Nacional - Finalistas

UF	Município	Receita
ES	Santa Maria de Jetibá	Omelete nutritiva assada da Leila
ES	Santa Maria de Jetibá	Frango ao molho com casca de abóbora da Gerlinda
ES	Santa Maria de Jetibá	Bolo salgado de arroz da Anilda
GO	Iporá	Torta saborosa de batata doce com peixe
MT	Tangará da Serra	Torta de legumes
MT	Cuiabá	Lasanha de banana
BA	Salvador	Enroladão saudável
BA	Salvador	Combinado de dois sabores
BA	Salvador	Abará de carne moída com aipim
PR	Matelândia	Torta de arroz nutritiva
RS	Arroio do Padre	Bife verde
SC	Mafra	Nhoque de abóbora
PA	Vitória do Xingú	Farofa nutritiva
PA	Parauapebas	Escondidinho de frango
PA	Parauapebas	Arroz de cuxá com charque

A etapa nacional consistiu na vinda à Brasília das 15 (quinze) merendeiras finalistas para a elaboração e avaliação das receitas conforme critérios da etapa estadual e relação da ação de EAN com a receita concorrente. Nesta fase, as merendeiras e suas receitas foram avaliadas presencialmente por uma Comissão Julgadora.

Em janeiro de 2017 ocorreu a grande final do concurso “Melhores Receitas da Alimentação Escolar”. Neste dia as merendeiras finalistas prepararam suas receitas em conformidade com o que

foi cadastrado e apresentaram a atividade de EAN relacionada com a receita desenvolvida na escola.

O concurso elegeu a melhor receita de cada região, sendo então, ao todo, premiadas 5 (cinco) merendeiras (Quadro II). Uma merendeira de cada região e sua respectiva nutricionista foram premiadas e homenageadas.

Quadro II – Resultado – Vencedoras

UF	Município	Receita
ES	Santa Maria de Jetibá	Bolo salgado de arroz da Anilda
GO	Iporá	Torta saborosa de batata doce com peixe
BA	Salvador	Abará de carne moída com aipim
PR	Matelândia	Torta de arroz nutritiva
PA	Parauapebas	Arroz de cuxá com charque

No decorrer dos seus 60 anos o PNAE vivenciou importantes transformações que permitiram consolidar-se como Política Pública de Direito Humano a Alimentação Adequada (DHAA) e de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN)²⁰.

Neste cenário evolutivo o Programa universalizou seu atendimento, conquistou espaço para a instituição do Conselho de Alimentação Escola (CAE) exigiu a presença de nutricionista como responsável técnico pelas ações alimentação escolar e a possibilidade de aquisição de alimentos oriundos da agricultura familiar^{1, 21}.

O processo evolutivo do PNAE trouxe mudanças na percepção do ambiente escolar que passou a ser vista como espaço para EAN, e as merendeiras que são profissionais que participam de todos os processos dentro da escola que envolvem alimentação, passaram a ser consideradas fundamentais para o efetivo desenvolvimento da educação e saúde, principalmente quando o foco é EAN^{22, 24}.

Considerando que cozinhar é um ato de amor e cuidado, e que os merendeiros não desempenham somente a função de preparo de alimentos e higienização dos espaços, conclui-se que esses trabalhadores têm sensibilidade para outras dimensões da vida e possuem um conhecimento de ordem prática que deveriam ser considerados no processo de formação dos escolares²⁵.

O concurso foi uma oportunidade de demonstrar que merendeiros possuem papel de relevância como promotores de saúde e educadores, junto aos nutricionistas e professores. O prêmio buscou dar notoriedade a atuação destes profissionais que muitas vezes passa despercebida²⁶.

Na ótica da evolução de programa assistencialista para um programa que visa assegurar o direito à alimentação adequada o cardápio, também, mudou da perspectiva de “merenda” para o conceito de alimentação balanceada e saudável. Ou seja, alimentos mais saudáveis e com vínculo regional estão sendo consumidos diariamente pelos alunos da rede pública de todo o Brasil²⁶.

Nas receitas participantes do concurso foi possível observar a valorização de gêneros alimentícios básicos comuns ao hábito do brasileiro, assim como de gêneros alimentícios e preparações regionais respeitando as tradições culturais^{13,27}.

Ao analisar as 15 receitas finalistas (quadro II), observou-se que cada uma teve sua peculiaridade que pôde ser de ingredientes ou de modificação da preparação para a aceitação dos alunos.

As receitas de Santa Maria de Jetibá valorizaram a fartura agrícola da região, o aproveitamento integral dos alimentos, a valorização da comida caseira regional e inovação de preparações simples. A região centro-oeste utilizou banana da terra no lugar da massa convencional de trigo ou a torta que insere o peixe no consumo alimentar e que tem como base a batata doce e uma torta de legumes que foi modificada.

Na região nordeste as receitas eram constituídas de alimentos naturais e comuns ao hábito do brasileiro como: mandioca, arroz, tomate, pimentão, cebola e alho. Na região sul pode-se destacar: abóbora, couve, mostarda, salsa, cebola, cenoura e repolho. A região norte foram usados ingredientes como a folha cuxá, a farinha produzida em comunidade indígena, o charque, pimenta de cheiro e a mandioca.

De maneira geral, e com poucas exceções, as receitas finalistas do concurso possuíam técnicas de preparo e ingredientes simples, contudo envolveram a valorização do ato de cozinhar, o estímulo ao consumo de alimentos saudáveis e naturais, a criatividade dos participantes e a valorização da cultura e da produção local.

CONCLUSÃO

Promover alimentação saudável envolve mais que escolher alimentos adequados. Envolve estimular os sentidos ao apreciar os alimentos, seus sabores, aromas e suas apresentações, tornando o ato de comer mais prazeroso, preservando a cultura, valorizando e estimulando o convívio e a troca⁵.

Percebe-se que a forma de alimentação do brasileiro tem sofrido drásticas mudanças refletindo na forma de cozinhar e de comer. A mudança do perfil alimentar tem refletido mudanças no perfil epidemiológico de DCNT em crianças e adultos.

A manutenção e valorização da culinária singular do Brasil é uma forma de prevenção ao aparecimento dessas doenças, fortalecendo recomendações de consumo de alimentos naturais e frescos.

O concurso foi uma ação de fortalecimento da EAN nas escolas públicas do Brasil com o objetivo de valorizar o papel de merendeiros na promoção de alimentação saudável. Possibilitou aos merendeiros apresentarem que através de suas preparações é possível educar, preservar a cultura e herança cultural, valorizar a agricultura local, valorizar o regionalismo alimentar e dessa forma resgatar as tradições e prazer da alimentação.

Mais ações com este objetivo devem ser realizadas em todo Brasil, melhorando assim a conduta nutricional e alimentar da população em geral.

REFERÊNCIAS

1. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação – FNDE. Disponível em: <<http://www.fnde.gov.br/programas/alimentacao-escolar/concurso-melhores-receitas/concurso-melhores-receitas/item/7700>> acesso em 16/04/2017.
2. MACIEL, Maria Eunice; CASTRO, Helisa Canfield de. **A comida para pensar: sobre práticas, gostos e sistemas alimentares a partir de um olhar socioantropológico**. Demetra, Rio de Janeiro, vol.08, 2013.
3. MENASCHE, Renata; COLAÇO, Janine Helfst Leicht; TEMPASS, Mártim César. **COMIDA PARA PENSAR: apresentando um dossiê**. Tessituras, Pelotas, vol.03, 2015.
4. WOORTMANN, Ellen; CAVIGNAC, Julie A. **Ensaio sobre a Antropologia da Alimentação: saberes, dinâmicas e patrimônios**.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Alimentos Regionais Brasileiros**. Brasília – DF. 2015. 2ª edição. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/livro_alimentos_regionais_brasileiros.pdf> acesso em: 15/04/2017.
6. Brasil. Planalto. CARTA POLÍTICA. Comida de verdade no campo e na cidade: por direitos e soberania alimentar. 5ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Disponível em: <<http://www4.planalto.gov.br/consea/eventos/conferencias/5a-conferencia-nacional-de-seguranca-alimentar-e-nutricional/documentos-da-5deg-conferencia/carta-politica-da-5deg-cnsan.pdf>> acesso em 15/04/2017.

7. TRICHES, Rozane Marcia. **Promoção do consumo alimentar sustentável no contexto da alimentação escolar.** Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 13 n. 3, p. 757-771, set./dez. 2015.
8. COELHO, Denise Eugenia Pereira; BOGUS, Cláudia Maria. **Vivências de plantar e comer: a horta escolar como prática educativa, sob a perspectiva dos educadores.** Saúde e Sociedade. 2016, vol.25, n.3, pp.761-770.
9. CAMOZI, Aída Bruna Quilici; MONEGO, Estelamaris Tronco; MENEZES, Ida Helena Carvalho Francescantonio; SILVA, Priscila Olin. **Promoção da Alimentação Saudável na Escola: realidade ou utopia?** Caderno de Saúde Coletiva. 2015, vol.23, n.1, pp.32-37.
10. SOUZA, Amanda de M; PEREIRA, Rosangela A; YOKOO, Edna M; LEVY, Renata B. **Alimentos mais consumidos no Brasil: Inquérito nacional de Alimentação 2008-2009.** Revista Saúde Pública. 2013; 47(1 supl):190S-9S.
11. Nações Unidas no Brasil – ONUBR. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/assembleia-geral-da-onu-proclama-decada-de-acao-sobre-nutricao-2016-2025/>; Acesso em 18/04/2017. Brasil. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Portaria Interministerial nº 1.010, de 08 de maio de 2006. Institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. Disponível em < https://www.fnde.gov.br/fndelegis/action/UrlPublicasAction.php?acao=getAtoPublico&sgl_tipo=PIM&num_ato=00001010&seq_ato=000&vlr_ano=2006&sgl_orgao=MEC/MS> acesso em 15/04/2017.
12. YOKOTA, Renata Tiene de Carvalho; VASCONCELOS, Tatiana França de; PINHEIRO, Anelise Rizzolo de Oliveira; SCHMITZ, Bethsáida de Abreu Soares; COITINHO, Denise Costa; RODRIGUES, Maria de Lourdes Carlos Ferreirinha. **Projeto “a escola promovendo hábitos saudáveis”: comparação de duas estratégias de educação nutricional no Distrito Federal, Brasil.** Revista de Nutrição, Campinas, 23(1):37-47, jan/fev.,2010.
13. Brasil. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Resolução CD/FNDE nº 26, de 17 de junho de 2013. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE. Disponível em: < https://www.fnde.gov.br/fndelegis/action/UrlPublicasAction.php?acao=abrirAtoPublico&sgl_tipo=RES&num_ato=00000026&seq_ato=000&vlr_ano=2013&sgl_orgao=FNDE/MEC> acesso em 21/05/2017.
14. CORRÊA, Rafaela da Sikveira; ROCKETT, Fernanda Camboim; ROCHA, Priscyla Bones; SILVA, Vanuska Lima da; OLIVEIRA, Viviani Ruffo. **Atuação do Nutricionista no Programa Nacional de Alimentação Escolar na Região Sul do Brasil.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, 22(2):563-574,2017.
15. MACHADO, Patrícia Maria de Oliveira; MACHADO, Manuella de Souza; SCHMITZ, Bethsáida de Abreu Soares; CORSO, Arlete Catarina Tittoni; GONZÁLEZ-CHICA, David Alejandro; VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes de. **Caracterização do Programa Nacional de Alimentação Escolar no Estado de Santa Catarina.** Revista de Nutrição, Campinas, 26(6):715-725, Nov./dez.,2013.

- 16.Regulamento Concurso Melhores Receitas da Alimentação Escolar. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação – FNDE. Disponível em: <<http://www.fnde.gov.br/programas/alimentacao-escolar/concurso-melhores-receitas/concurso-melhores-receitas/item/7700>> acesso em 16/04/2017.
- 17.PEIXINHO, Albaneide Maria Lima. **A trajetória do Programa Nacional de Alimentação Escolar no período de 2003-2010: relato do gestor nacional.** Revista Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2013, vol.18, n.4, pp.909-916.
- 18.GABRIEL, Cristine Garcia; MACHADO, Manuella de Souza; SCHMITZ, Bethsáida de Abreu Soares; CORSO, Arlete Catarina Tittoni; CALDEIRAS, Gilberto Veras; VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes. **Conselhos Municipais de Alimentação Escolar em Santa Catarina: caracterização e perfil de atuação.** Ciência & saúde coletiva, abr 2013, vol.18, nº4, p.971-978.
- 19.TEO, Carla Rosane Paz Arruda; GALLINA, Luciara Souza; BUSATO, Maria Assunta; CIBULSKI, Taíne Paula; BECKER, Tamara. **Direito Humano à Alimentação Adequada: Percepções e práticas de nutricionistas a partir do ambiente escolar.** Trabalho, Educação e Saúde [online]. 2017, vol.15,n.1, pp.245-267. Epub Dec 08, 2016.
- 20.SIQUEIRA, Renata Lopes; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; RIBEIRO, Rita de Cássia Lanes; SPERANDIO, Naiara; PRIORE, Sílvia Eloíza. **Análise da incorporação da perspectiva do Direito Humano à Alimentação Adequada no desenho institucional do Programa Nacional de Alimentação Escolar.** Ciênc. Saúde coletiva [online]. 2014, vol.19, n.1, pp.301-310. ISSN 1413-8123.
- 21.GONZÁLEZ-CHICA, David Alejandro; CORSO, Arlete Catarina Tittoni; CEMBRANEL, Francieli; PUDLA, Kátia Jakovljevic; LEMKE, Stella; SCHMITZ, Bethsáida de Abreu Soares. **Percepção dos cozinheiros escolares sobre a processo de utilização de produtos orgânicos na alimentação escolar em municípios catarinenses.** Rev. Nutr., Campinas, 26(4):407-418, jul./ago., 2013.
- 22.LEITE, Catarina Lima; CARDOSO, Ryzia de Cássia Vieira; GÓES, José Ângelo Wenceslau; FIGUEIREDO, Karla Vila Nova de Araújo; SILVA, Edleuza Oliveira; BEZERRIL, Mariângela Melo; VIDAL JÚNIOR, Permínio Oliveira; SANTANA, Aisi Anne Carvalho. **Formação para merendeiras: uma proposta metodológica aplicadas em escolas estaduais atendidas pelo programa nacional de alimentação escolar em Salvador Bahia.** Rev. Nutr., Campinas, 24(2):275-285, mar/abr., 2011.
- 23.SENAI. Disponível em <<https://www.sistema fibra.org.br/senai/taguatinga/noticias/183-capacitacoes-elevam-nivel-de-competicao-gastronomica.html>> acesso em 21/05/2017.
- 24.FERNANDES, Ana Gabriela de Souza; FONSECA, Alexandre Brasil Carvalho da; SILVA, Adilson Aderito da. **Alimentação escolar como espaço para a educação em saúde: percepção das merendeiras do município do Rio de Janeiro, Brasil.** Ciênc. Saúde coletiva [online]. 2014, vol.19, n.1, pp.39-48. ISSN 1413-8123.
- 25.TEO, Carla Rosane Paz Arruda; SABEDOT, Francielli Regina Boroski; SCHAFER, Elisângela. **Merendeiras como agentes de educação em saúde as comunidade escolar: potencialidades e limites.** Revista de Saúde Pública do Paraná, v. 11, n. 2, (2010).

26. Brasil. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação – FNDE. **Melhores Receitas da Alimentação Escolar**. Brasília – DF. 2017. 1ª edição. Disponível em <<http://www.fnde.gov.br/programas/alimentacao-escolar/alimentacao-escolar-material-de-divulgacao/alimentacao-manuais/item/10759-melhores-receitas-da-alimentacao-escolar>> acesso em 21/05/2017.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília – DF. 2016. 2ª edição. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf> acesso em: 26/05/2017.
28. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação – FNDE. Disponível em: <<http://www.fnde.gov.br/fnde/sala-de-imprensa/noticias/item/8129-merendeira-inclui-criatividade-e-amor-ao-elaborar-as-receitas>> acesso em: 26/05/2017
29. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação – FNDE. Disponível em: <<http://www.fnde.gov.br/fnde/sala-de-imprensa/noticias/item/8125-talento-com-as-receitas-leva-merendeira-de-escola-p%C3%BAblica-do-par%C3%A1-a-sonhar-em-ser-chef>> acesso em: 26/05/2017

O QUE É FAMÍLIA NO CONTEXTO DA SAÚDE DA FAMÍLIA?

Byannkah Abrão Ferreira Mendes – Universidade Católica de Brasília – byannkah@hotmail.com,
Tony Teixeira da Silva Júnior – Universidade Católica de Brasília – tony_teixeira_jr@hotmail.com,
Guilherme Máximo Xavier – Universidade Católica de Brasília – guimaximo@gmail.com,
Jeane Kelly Silva de Carvalho – Universidade Católica de Brasília – jeaneecalebe@hotmail.com,
Ruth da Conceição Costa e Silva Sacco – Universidade Católica de Brasília -
ruth.sacco1@gmail.com

PALVARAS-CHAVE: Saúde da Família – Família – Características da Família

INTRODUÇÃO:

No mundo contemporâneo, modelos de saúde baseados no hospitalocentrismo não são mais suportados e demonstram estar em declínio, o que aponta para o desenvolvimento de novas estratégias em saúde. Nesse contexto, surgiram sistemas de saúde integrados, como o modelo norte-americano, cujo sucesso é atribuído à integração clínica, a sistemas de informação adequados, ao direcionamento dos investimentos em saúde, à intensificação da atenção básica, entre outros. No sistema de saúde canadense, por exemplo, a integração é de tal modo que os médicos da família são a porta de entrada, enquanto o planejamento é orientado para as necessidades da população (BRASIL, 2011). Desse modo, a atenção primária, também conhecida como atenção básica, visa compreender o ser humano do ponto de vista biopsicossocial, provendo cuidado longitudinal e atenção integral às necessidades da comunidade e da família (LIMA-COSTA, 2013).

No Brasil, essa necessidade de mudança no modelo assistencial também se tornou evidente. Assim, a Estratégia Saúde da Família (ESF) passou a ser uma das prioridades do Sistema Único de Saúde (SUS), pois permite a ampliação da atenção básica e sua expansão conduziu à redução da mortalidade infantil e à diminuição no número de internações por causas sensíveis à atenção primária. Famílias com assistência da ESF têm acesso a diversas modalidades terapêuticas e a atendimento interdisciplinar pelos profissionais de saúde (LIMA-COSTA, 2013). Esse remodelamento está focado na vigilância em saúde, a fim de adotar uma nova forma de ofertar os cuidados. Esse novo modelo deve compreender a diversidade socioeconômico-cultural do país, que se reflete nas desigualdades em saúde, de modo a planejar suas atividades de acordo as necessidades da população, considerando os determinantes sociais de saúde e com base no princípio da justiça

social, culminando em um melhor planejamento para alocação de recursos e facilitação do acesso à saúde (BEZERRA, 2013).

Nesse sentido de compreender a realidade para melhor ofertar saúde, o fazer em saúde da família precisa considerar que o conceito de família também tem se modificado com o tempo. Os profissionais que lidam com a ESF, uma vez que não têm campo de práticas restrito à Unidade Básica de Saúde (UBS), incluindo ações em domicílio e comunitárias, devem estar cientes da dinâmica da sociedade brasileira contemporânea e conhecer a comunidade em que atua, de modo que o contato com os indivíduos e famílias seja acolhedor, amistoso, munido de uma relação de confiança e desprovido de preconceitos.

Assim, o objetivo desse estudo é identificar os diferentes conceitos e arranjos organizativos de família, para promover aproximação de profissionais da ESF ao tema, uma vez que compreender a nova dinâmica familiar propicia estabelecimento de vínculo e atendimento humanizado, o que favorece a sensibilização de indivíduos e famílias para adesão às terapias propostas.

MATERIAL E MÉTODOS:

Foi feita revisão narrativa de literatura, com buscas feitas na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Trata-se de um tipo de pesquisa que se utiliza de fontes de informações bibliográficas ou eletrônicas para obtenção de resultados de pesquisas de outros autores para se discorrer sobre determinado tema (ROTHER, 2007).

Os descritores utilizados foram: “saúde da família”, “família” e “características da família”. Foram incluídos artigos publicados nos últimos 10 anos e cujos textos completos estiveram disponíveis de forma universal. Aqueles redigidos em outras línguas que não português, espanhol e inglês foram excluídos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Pode-se observar, ao longo do tempo, uma adequação do que seria considerado como “família”, haja vista a constante mudança da sociedade e do contexto histórico ao qual está inserida (SANTOS, 2007). Na família tradicional, modelo patriarcal, o líder do núcleo familiar detém o poder e os outros membros estão em um nível inferior a ele, uma vez que a mulher é dependente de seu marido e os filhos são submissos ao pai (PIZZI, 2012)

Na Grécia antiga, berço da civilização ocidental, o marido tinha posse sobre a esposa, não sendo permitido a ela o direito de ir e vir. Em caso de viuvez a esposa ficava sob tutela de um homem, o qual o marido indicasse por testamento. As filhas não tinham direito à herança, caso

tivessem um irmão. O pai tinha poder de decisão sob a vida e morte dos filhos, se esses não fossem do seu agrado, por exemplo se tivessem alguma deficiência. O marido tinha obrigação ser provedor da família, enquanto a esposa cuidava da casa, dos filhos e não tinha acesso à educação (SANTOS, 2007). A família romana, herdeira dos costumes gregos, não se diferenciava em muito da família grega em seus valores e costumes (SAMPAIO, 2008).

Já na idade média, a igreja católica passou a exercer grande influência na família. O casamento era realizado pela própria família, e passou a estar sob os cuidados da igreja, a qual também transformou o matrimônio em um dogma ou sacramento. Antes, outros tipos de união, exceto o casamento, eram reconhecidos legalmente, como o concubinato, porém com a influência da igreja essas uniões passaram a ser consideradas ilegais. Na família constituída na igreja, de modo hierárquico e centrado a partir da figura masculina, a mulher continuaria submissa ao homem e aos filhos, e não havia outra formatação de família senão mulher, homem e filhos (SIQUEIRA, 2010).

Com a reforma protestante, a revolução industrial e a revolução francesa, a igreja passou a ter menos influência e não ter o monopólio para realizar o sacramento do casamento. Além disso, foi possível legalizar um casamento e assim constituir uma família por meio de uma união civil mediada pelo Estado. O Estado também tomou parte da função protetora da família ao resguardar direitos aos indivíduos, não estando eles ao relento, caso a família de alguma forma não os amparasse. Porém, outras formas de união que não pelo casamento, fosse civil ou religioso, não eram reconhecidas juridicamente como família (SIQUEIRA, 2010).

No Brasil, importou-se o modelo conservador lusitano de família no sistema de patriarcado, que além de incluir o chefe da família (patriarca), mulher, filhos e netos incluíam-se também um núcleo secundário composto por bastardos ou filhos de criação, parentes, afilhados, serviçais, amigos, agregados e escravos. O patriarca exercia poder sob todas as pessoas pertencentes a sua família (ALVES, 2009).

As famílias formadas pelos escravos eram constituídas muitas vezes de forma violenta pelo número reduzido de mulheres em relação aos homens. As famílias eram formadas normalmente por pessoas da mesma etnia, porém apenas casais abastados consigam casar nessa época porque era muito caro e burocrático, então só tinham sua união aceita legalmente aqueles que tinham poder aquisitivo para tal (ALVES, 2009).

À luz do processo de laicização do estado, de movimentos feministas, da revolução feminina, da criação de métodos anticoncepcionais e da maior participação da mulher no mercado de trabalho, o conceito de família foi se adequando aos novos padrões da sociedade. O homem não era o único provedor da casa, passou a se aceitar o conceito de união estável e novas confirmações

de famílias foram surgindo como mães solteiras criando seus filhos, filhos de outros casamentos formando famílias com madrastas ou padrastos e mais recentemente a legalização de casamentos homoafetivos (SIQUEIRA, 2010).

Ademais, com a expansão dos movimentos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros (LGBT), ocorreram outras alterações no conceito de família, inclusive porque a justiça brasileira provê respaldo jurídico, reconhece a união homoafetiva, assim como permite seu casamento civil. Assim, a família está ligada a relações de gênero, alterando-se mediante mudanças sociais e criando novos arranjos (PIZZI, 2012).

Na Constituição da República Federativa brasileira de 1988 (CF/1988), considera-se família aquela constituída por uma mãe e um pai ou por um dos dois e sua prole. Dessa maneira, o suporte relacionado à saúde, à assistência social e à previdência é oferecido apenas a esses membros (BRASIL, 1988).

De forma geral, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) entende dois tipos de família: família natural, formado pelos pais ou um deles e sua prole, e família substituta, feita por guarda tutela ou adoção da criança (BRASIL, 1990).

Para o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), família é identificada como um conjunto de pessoas que estão unidas por laços de parentesco, dependência doméstica ou regras de convívio, na qual residem no mesmo domicílio (BRASIL, 2017).

Atualmente, no Brasil, encontram-se variadas conformações familiares, porém pode-se observar que muitos paradigmas ainda devem ser quebrados, a fim de se promover aceitação e adequação da prestação de serviços de saúde aos variados tipos de família. Recentemente foi legalizado o casamento civil homoafetivo, mas o histórico da conformação da família brasileira implica na permanência de preconceito. E, apesar do Brasil ser um país laico, a influência religiosa também é muito presente, o que pode dificultar decisões polêmicas de cunho moral e/ou religioso, como a legalização do aborto e a união homoafetiva (SIQUEIRA, 2010).

CONCLUSÕES:

Com o desenvolvimento de novas estratégias em saúde, principalmente voltadas à atenção básica enquanto porta de entrada para o SUS, há melhor distribuição na oferta de serviços de saúde baseada na equidade e focada no atendimento das necessidades da população conforme especificidades de cada uma delas. Com a implementação da ESF, os cuidados à população aumentaram, pois a identificação dos principais déficits locais permitiu a redução de diversos indicadores sociais, como a mortalidade infantil.

O conceito de família é de difícil definição, haja vista a alta volatilidade com que a sociedade se apresenta e sua influência nas relações sociais. Atualmente, esse conceito é amplo e varia de acordo com o entendimento do legislador, de alguns órgãos e instituições, como a CF/1988 e o ECA.

Além disso, a modernização dessas definições leva aos vários tipos de preconceitos, como o machismo, a homofobia e à intolerância religiosa. A população brasileira deve então trabalhar para que essas barreiras sejam superadas. No entanto, há tendência em abandonar o conceito patriarcal de unidade familiar em prol de uma sociedade mais descentralizada, na qual a mulher se torna, cada vez mais, protagonista. Posto isso, a família poderia ser identificada como um conjunto de pessoas, no qual há relações, sejam genéticas ou afetivas, as quais as unam e residam na mesma residência.

Diante dessas mudanças, os profissionais de saúde da ESF devem compreender essa nova dinâmica familiar, a fim de estreitar laços com a comunidade, com a família e com seu paciente, provendo maior integração, com foco na comunicação, na interdisciplinaridade e no respeito à autonomia do paciente durante as tomadas de decisão. Ademais, com maior integração entre as partes e unido ao conhecimento científico, à atenção básica é reforçada, pois há promoção e manutenção da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ALVES, Roosenberg Rodrigues. **Família Patriarcal e Nuclear: Conceito, características e transformações.** 2009. Disponível em: <https://pos.historia.ufg.br/up/113/o/IISPHist09_RoosembergAlves.pdf>. Acesso em: 26 set. 2017.
- BEZERRA, Isabella Azevedo. Utilização da Classificação de Risco de Famílias na Melhoria da Equidade na Utilização de Serviços em uma Unidade de Saúde da Família. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 3, n. 13, p.251-258, Set., 2013. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=725987&indexSearch=ID>>. Acesso em: 24 set. 2017.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / **Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília : CONASS, 2011.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: **Centro Gráfico**, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 28 setembro 2017.

BRASIL. Estatuto da criança e do adolescente: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: **Centro Gráfico**. 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm> Acesso em: 28 setembro 2017.

BRASIL. IBGE. **Conceitos**. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>>. Acesso em: 25 set. 2017.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda. Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 29, p.1370-1380, Jun., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013000700011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 24 set. 2017.

PIZZI, Maria Letícia Grecchi. CONCEITUAÇÃO DE FAMÍLIA E SEUS DIFERENTES ARRANJOS. **Lenpes-pibid de Ciências Sociais**, Londrina, v. 1, n. 1, p.1-9, set., 2012. Disponível em: <[http://www.uel.br/revistas/lenpes-pibid/pages/arquivos/1 Edicao/1ordf. Edicao. Artigo PIZZI M. L. G.pdf](http://www.uel.br/revistas/lenpes-pibid/pages/arquivos/1%20Edicao/1ordf.%20Edicao.%20Artigo%20PIZZI%20M.%20L.%20G.pdf)>. Acesso em: 24 set. 2017.

ROTHER, EDNA TEREZINHA. REVISÃO SISTEMÁTICA X REVISÃO NARRATIVA. **ACTA PAUL. ENFERM.**, SÃO PAULO , V. 20, N. 2, P. V-VI, JUNE 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)> Acessado em 28 setembro 2017. [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1590/S0103-21002007000200001](http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001).

SAMPAIO, Ângela Oliveira. **UMA BREVE REFLEXÃO SOBRE A FAMÍLIA NA ROMA ANTIGA**. 2008. Disponível em: <<http://www.ppe.uem.br/jeam/anais/2007/trabalhos/030.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2017.

SANTOS, Sidney Francisco Reis dos. O Direito de Família na Grécia da Idade Antiga. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, X, n. 41, maio 2007. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=1779>. Acesso em set 2017.

SIQUEIRA, Alessandro Marques de. O conceito de família ao longo da história e a obrigação alimentar. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIII, n. 79, set 2010. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8374>. Acesso em set 2017.

O RISCO CARDIOLÓGICO RELACIONADO AO USO DE AINES

Anne Karollyny Oliveira Mendonça (FACIPLAC – annekarollyny@gmail.com),

Hyzadora Sousa Almeida (FACIPLAC – h.y.z.a@hotmail.com),

Rafaela Souza Cunha (FACIPLAC – rafaela_2906@hotmail.com),

Paula do Carmo Vasconcelos Xavier (FACIPLAC – paulacvxavier@hotmail.com),

Osmar Nascimento Silva (UCB – osmar.silva@catolica.edu.br)

Palavras-chave: ANTI-INFLAMATÓRIO. INSUFICIÊNCIA CARDÍACA. ATAQUE CARDÍACO.

Introdução:

O uso de anti-inflamatórios é um hábito rotineiro da população e dos profissionais de saúde, porém é importante a atenção ao risco de efeitos colaterais que podem culminar até em um ataque cardíaco. O tempo de uso e a dose têm relação direta com o risco cardiovascular. Conhecer tais medicações e suas implicações cardíacas é de fundamental importância para orientar e preservar a saúde de seus pacientes.

O objetivo deste estudo é revisar, analisar e compreender as descobertas que correlacionam o uso de anti-inflamatórios com o risco cardiológico.

Materiais e métodos:

A revisão sistemática foi efetuada pesquisando-se nas bases de dados MEDLINE e PUBMED (2012 – outubro de 2017). Para a seleção dos artigos foram utilizados os termos Medical Subject Headings (MESH), restringindo a pesquisa aos termos Antiinflamatório (Anti-inflammatory Drugs) AND Insuficiência Cardíaca (Heart Failure) AND Ataque Cardíaco (Heart Attack). Não houve limitação de idiomas.

Discussão:

Pesquisadores relacionaram o uso de antiinflamórios não esteroidais de venda livre com o aumento do risco de ataques cardíacos entre 24% a 58%. Observaram que quanto maior a dose, maior o risco. Ao analisar diferentes medicações foi observado que o celecoxibe apresentou a menor taxa de risco, com 24% de probabilidade de problemas cardiovasculares. O ibuprofeno

apresentou 48% de risco, o diclofenaco com 50%, e o naproxeno com 53%. O rofecoxib apresentou o maior risco, de 58%, mas o mesmo já foi retirado do mercado em 2014.

Além disso, já se constatou que há uma relação direta entre o tempo de uso da medicação com o risco de insuficiência cardíaca e necessidade de hospitalizações. Pacientes que utilizaram o medicamento há menos de quinze dias, apresentaram um aumento do risco de hospitalização de 19% quando comparados com aqueles que utilizaram a medicação há mais de seis meses.

Foi observado que o risco é também diretamente proporcional à dose, sendo que pode até dobrar nas doses mais elevadas. Os riscos são maiores e mais relevantes para pacientes que já apresentam alguma patologia cardíaca, sendo que para estes é necessário pesar o risco e benefício da prescrição de tais medicamentos.

Outro estudo observou que o diclofenaco possui maior risco que o naproxeno ao avaliar os resultados de 15 países com diferentes níveis socio-econômico. Outro concluiu que a aspirina não eleva a pressão sanguínea, mas o ibuprofeno aumenta o risco de hipertensão e acidente vascular cerebral, já o diclofenaco não aumenta o risco de hipertensão, mas aumenta o risco de acidente vascular cerebral. Porém naproxeno e celecoxib não aumentam o risco de hipertensão ou acidente vascular cerebral.

Conclusão:

Os antiinflamatórios não esteroidais são medicações amplamente utilizadas, com ou sem prescrição, pela população. O conhecimento quanto aos efeitos colaterais e os riscos implicados por profissionais da saúde e pela sociedade é de extrema relevância, visto a possibilidade de conscientização e precaução ao uso. O profissional da saúde deve orientar os pacientes adequadamente e pesar sua prescrição, avaliando o risco e benefício, principalmente para pacientes cardiopatas.

Referências

- 1- Bally, M., Dendukuri, N., Rich, B., Nadeau, L., Helin-Salmivaara, A., Garbe, E., Brophy, J.M. Risk of acute myocardial infarction with NSAIDs in real world use: bayesian meta-analysis of individual patient data. *BMJ*. 2017; 2- Sampson, T. R., Debelius, J. W., Thron, T., Janssen, S., Shastri, G. G., Ilhan, Z. E., ... & Chesselet, M. F. (2016).
- 2- Reddy KS, Roy A. Cardiovascular risk of NSAIDs: time to translate knowledge into practice. *PLoS Med*. 2013

- 3- Patrono C. Cardiovascular Effects of Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs. Current cardiology reports. 2016
- 4- R. Ghosh, A. Alajbegovic, A.V. Gomes, NSAIDs and cardiovascular diseases: role of reactive oxygen species, Oxidative Med. Cell. Longev. 2015 (2015) 536962
- 5- Ghosh, R., Hwang, S.M., Cui, Z., Gilda, J.E., Gomes, A.V., 2016. Different effects of the nonsteroidal anti-inflammatory drugs meclofenamate sodium and naproxen sodium on proteasome activity in cardiac cells. J. Mol. Cell. Cardiol. 94, 131–144.

O SUCO DE BETERRABA COMO AGENTE ADJUVANTE NO TRATAMENTO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Autor: Karine Lopes de Assis,
Fabiani Lage Beal, Carolina Romeiro, Flávio Teixeira

RESUMO

A adoção de uma dieta rica em vegetais e hortaliças está ligada a uma maior proteção cardiovascular, ficando em destaque a beterraba. Deste modo, o intuito dessa revisão de literatura é investigar os efeitos terapêuticos que a beterraba proporciona na função cardiovascular e sobre a pressão arterial. Após a verificação da elegibilidade, foram selecionados 15 artigos ao total. Foi reconhecido que após o consumo de suco de beterraba tem-se uma regulação da pressão arterial, melhora da função e rigidez endotelial. Por apresentar efeitos positivos que propicia uma melhora da função cardiovascular, o suco de beterraba pode ser considerado um agente adjuvante às formas convencionais.

Palavras-chaves: Suco de beterraba. Doenças cardiovasculares. Pressão sanguínea.

INTRODUÇÃO

A beterraba possui em sua composição uma grande quantidade de nitratos inorgânicos e outra substância antioxidante, que podem promover efeitos anti-hipertensivos, melhora da função cardíaca, redução nos níveis de inflamação e diminuição de danos causados pelo estresse oxidativo.

Diante disso, o objetivo deste trabalho é avaliar a eficácia da ingestão do suco de beterraba como terapia adjuvante nas DCV.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura. Foram abarcados artigos nacionais e internacionais, em língua inglesa e portuguesa, publicados nos últimos 10 anos. As bases de dados selecionadas para a busca bibliográfica foram a *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América (PubMed).

RESULTADOS

Foram selecionados 15 artigos internacionais, classificados como ensaios clínicos randomizados, realizados em aproximadamente 386 indivíduos saudáveis ou com doenças do sistema cardiovascular, no qual, foram estudados e analisados. Abaixo, foram categorizados apenas 2 estudos, dos 15 selecionados.

DISCUSSÃO

Foi exposto nesta revisão que a ingestão de beterraba, principalmente na forma de suco, de maneira adjuvante às intervenções convencionais, pode contribuir de maneira positiva no controle das DCV (KEMMER, et al., 2017).

Dos 15 estudos analisados, 73,3% obtiveram um ou mais efeitos positivos, seja pela diminuição da PA ou sobre algum item que melhore secundariamente a função cardiovascular ou promove a cardioproteção.

Das intervenções analisadas, 80% obtiveram algum benefício sobre a PA, sendo esse efeito melhor evidenciado sobre a PAS, após a ingestão de suco de beterraba com um volume que varia de 70 a 500ml.

KELLY et al., (2012) conseguiram atingir resultados cardiovasculares favoráveis com o consumo de 140ml de suco de beterraba em uma amostra saudável, já BONDONNO et al., (2015), suplementando com a mesma dose, não verificou resultados positivos em uma amostra com HAS controlada.

JAJA et al., (2014) e KAPIL et al., (2014), demonstraram que independente do número de dias de intervenção, após cessar o consumo do suco de beterraba, os efeitos benéficos alcançados não se perpetuaram.

ASGARY et al., (2016), demonstrara, que após a ingestão do suco de beterraba, proporciona uma diminuição de ICAM-1, VCAM-1 e E-selectina ($p<0,05$). Já nos estudos feitos por VELMURUGAN et al., (2013, 2016), após consumo de 250 ml de suco de beterraba, foi verificado a atenuação de outro importante marcador de adesão celular, como o grupo das P-selectinas ($p<0,05$). Efeitos importantes para limitar a disfunção endotelial e o processo inflamatório sistêmico, além de limitar as chances de se ter eventos cardíacos adversos.

Tabela 1. Categorização dos estudos do tipo ensaio clínico controlado randomizado

Referência	Período/Local Desenho	Amostra	Intervenção	Resultado	Efeito esperado
KAPIL et al., 2010	Reino Unido Duplo – cego e cruzado em cada grupo	Indivíduos saudáveis G1: n=20 G2: n=6 G3: n= 9	- Dose única - G1: KNO ₃ (1488 mg/ nitrito) vs. KCl - G2: KNO ₃ (248mg vs 744 mg/nitrito) G3: 250 ml de SB (337,09 mg/dia) vs 250ml água	Em todos os grupos foram evidenciados ↑dose- dependente de cGMP com consequente ↓PA	Positivo
VELMURUGAN et al., 2013	Inglaterra Avaliador – cego, cruzado	24 indivíduos saudáveis G1: 12 ♂ G2: 12 ♀	- Dose única -SB: 250 ml de SB (190 ± 21,45 mg/dia) - Nitrato: 1 cápsula de nitrito de potássio (8mmol) - WO: 7 a 28 dias	- G1 com SB: ↓de selectina P de plaquetas e ↑ cGMP das plaquetas (p<0.001); ↓ agregação plaquetária (p<0.05)	Positivo

Fonte: Elaborada pela autora.

Legenda: n: número; G: grupo; Sem.: semana; cGMP; monofosfato cíclico de guanossina; PA: pressão arterial; SB: suco de beterraba; WO: Washout; []: concentração

CONCLUSÃO

Foi observado que o consumo de cerca de 250ml de suco de beterraba pode contribuir para uma melhora da função cardiovascular, função do endotélio, diminuição da pressão arterial, melhora da capacidade antioxidante, anti-adesiva, anti-agregatória e anti-inflamatória.

São obtidos efeitos benéficos com a suplementação a curto prazo, no entanto tais efeitos não são considerados duradouros caso a suplementação seja interrompida. Mais estudos para se avaliar a sua suplementação a longo prazo são necessários.

REFERÊNCIA

- ASGARY, Sedigheh et al. Improvement of hypertension, endothelial function and systemic inflammation following short-term supplementation with red beet (*Beta vulgaris* L.) juice: a randomized crossover pilot study. **Journal of human hypertension**, v. 30, n. 10, p. 627-632, 2016.
- BOND JR, Vernon et al. Cardiorespiratory function associated with dietary nitrate supplementation. **Applied physiology, nutrition, and metabolism**, v. 39, n. 2, p. 168-172, 2013.
- BONDONNO, Catherine P. et al. Absence of an effect of high nitrate intake from beetroot juice on blood pressure in treated hypertensive individuals: a randomized controlled trial. **The American journal of clinical nutrition**, v. 102, n. 2, p. 368-375, 2015.
- JAJA, A. et al. Beetroot supplementation lowers daily systolic blood pressure in older, overweight subjects. **Nutrition Research**, v. 34, n. 10, p. 868-875, 2014.
- KAPIL, Vikas et al. Dietary Nitrate Provides Sustained Blood Pressure Lowering in Hypertensive Patients Novelty and Significance. **Hypertension**, v. 65, n. 2, p. 320-327, 2014.
- VELMURUGAN, Shanti et al. Dietary nitrate improves vascular function in patients with hypercholesterolemia: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. **The American journal of clinical nutrition**, v. 103, n. 1, p. 25-38, 2015.

O USO DA PLANTA *PYROSTEGIA VENUSTRA* NO TRATAMENTO CONTRA O VITILIGO

Déborah Santana Sateles¹, Juliana de Queiroz Chaves¹, Ariana Lima Portela¹

1- Universidade Católica de Brasília, Curso de nutrição.

deborahsantana@gmail.com, julianadequeirozdf@hotmail.com, arianalimaportela@gmail.com.

Palavras-chave: vitiligo, *Pyrostegia Venusta*, tratamentos vitiligo, hiperpigmentação melanócita, cipó-de-são-jão

INTRODUÇÃO

A pele é o maior órgão do corpo humano e é constituída por três camadas: epiderme, derme e hipoderme. A pele é responsável por recobrir toda a superfície do corpo, tendo como principais funções sua proteção contra agentes externos, tanto físicos, químicos, mecânicos ou biológicos, regulação de temperatura corporal, ação imunológica, controle hemodinâmico. Além de estar intimamente ligada ao sistema nervoso central (LUZ et.al, 2014).

O vitiligo é uma das dermatoses mais complexas já existente, pois é uma doença idiopática caracterizada pela falta de pigmentação da pele. Existem algumas hipóteses para explicar sua causa, dentre elas estão fatores genéticos ou ambientais. A teoria mais aceita a considera como uma doença autoimune de órgão específico ou sistema, já que pode aparecer em qualquer parte do corpo, sendo mais comum no rosto, pescoço, dedos e mãos (MOREIRA et.al 2012).

Conhecido mundialmente, o vitiligo foi notado primeiramente em 1500 antes de Cristo. Acredita-se que o termo vitiligo derive de vitelius (vitelo), do grego, que significa novilho”, apresenta uma semelhança das manchas brancas. O termo vitiligo propriamente dito foi descrito pelo médico romano Celsus, no século II, descrito como: “Vitiligo um tipo de lepra ou erupção cutânea, incidindo de manchas negras ou brancas”. (BELLET; PROSE, 2005).

Segundo LUZ et.al, 2014, a melanina é o principal pigmento da pele e é formada por células chamadas de melanócitos, sendo transferida dos processos melanocíticos para células epiteliais circunjacentes, o que dá a cor mais escura da pele. Uma variação no conteúdo de melanina é o principal fator responsável pelas diferenças de cor entre as raças. A pele intensamente pigmentada não contém necessariamente um grande número de melanócitos, mas sim melanócitos mais ativos.

Qualquer processo que extinga os melanócitos da pele afetaria outras células relacionadas no sistema nervoso central (SNC). Os fatores neuroquímicos, como a acetilcolina, bloqueiam a melanogênese e apresentam toxicidade sobre os melanócitos.(SZCZURITO BOON, 2008)

Caracterizado por falta de pigmentação adquirida de origem idiopática, o vitiligo provoca destruição dos grânulos da melanina e dos melanócitos na pele, bulbo capilar, mucosas e olhos. Sendo assim, é a hipomelanose adquirida mais comum descrita na literatura. (LUZ et.al, 2014). O vitiligo caracteriza-se por manchas hipocrômicas em seguida acrômicas e claras, com aumento dos limites bem definidos, comumente com bordas hiperpigmentadas, de formato e extensão que podem variar. Em alguns indivíduos, surgem apenas uma ou duas manchas bem delimitadas, em outros casos as manchas ocorrem em uma grande parte do corpo. As alterações são mais evidentes nos indivíduos com pele escura e no albinismo, onde é despigmentada e extremamente sensível às queimaduras solares. (BELLET; PROSE, 2005).

Em relação à localização das manchas, pode ser do tipo localizado ou generalizado, tendo subtipos. O vitiligo localizado se subdivide em focal, onde exibe uma ou mais manchas despigmentadas em determinada região, sem divisão distinta; e segmentar, definido por uma ou mais manchas despigmentadas, conferindo uma parte única do corpo, geralmente subsequente à localização de um dermatomo, onde esse por sua vez é considerado um tipo especial de vitiligo pelo fato de seu aparecimento precoce. (VIANA; GEREMIAS, 2009).

Ainda segundo Viana; Geremias, 2009 o vitiligo generalizado é subdividido em acrofacial, evidenciado pelo surgimento de manchas no rosto, pescoço, mãos, pernas, axilas e mucosas; vulgar, que apresenta manchas bilaterais simétricas distribuídas aleatoriamente; e misto, que engloba dois tipos de vitiligo, onde os mais comuns são o vulgar e o segmentar. E quando acometem mais de 50% do corpo é chamado de universal, sendo esse muito raro.

Esta doença pode começar na infância ou na idade adulta jovem. Embora não traga prejuízos e disfunções ao organismo pode levar impactos psicológicos ao indivíduo, tendo em vista que as manchas claras ficam visivelmente expostas. Sintomas como depressão, sono, pensamentos suicidas e ansiedade são muito comuns em pessoas afetadas por esta doença (SZCZURKO e BOON, 2008).

Antes de iniciar quaisquer tratamentos, é necessária comprovação realizada por meio de biópsia do local atingido. Dentre os tratamentos utilizados estão corticosteroides tópicos ou não, imunomoduladores e calcipotriol, pseudocatalase, terapias sistêmicas, análogos de vitamina D, fototerapia, despigmentação e modalidades cirúrgicas (MOREIRA, CARRENHO et.al, 2015).

Esses tratamentos, em maioria são capazes de restaurar a pigmentação da pele, porém possuem algumas desvantagens, muitas vezes os pacientes não respondem à terapia ou demonstram

efeitos colaterais que comprometem a adesão do paciente ao tratamento (MOREIRA et.al 2012). Devido a essa circunstância, o aumento dos trabalhos de investigação tem-se empenhado na compreensão da doença e terapias eficazes. Após intensa procura por outros terapêuticos, surgiram possíveis evidências de do benefício no trabalho da *Pyrostegia venusta* para o vitiligo.

A *P. Venusta* é conhecida popularmente como cipó-de-são-joão ou a videira da chama. Esta espécie apresenta diversas propriedades medicinais, podendo ser utilizada na medicina popular para o tratamento de leucoderma, diarreia, tosse e doenças do aparelho respiratório, por exemplo bronquite, gripe e até mesmo o resfriado comum (FIGUEIREDO, et.al, 2014). Também há indícios de uso de infusão preparada da casca e raízes de sejam utilizadas para o tratamento de erisipela, icterícia e infecções uterinas ou genitais em recém-nascidos (ROY et.al, 2012).

Algumas atividades farmacológicas dessa planta foram mostradas, como antioxidante, anti-inflamatório, cicatrizante, propriedades antimicrobianas e melanogênica (MOREIRA et al, 2012). Foi indicado que o uso da tintura de flores e folhas de *P.venusta* foi capaz de aumentar o teor de melanina nas partes despigmentadas. O objetivo deste estudo foi avaliar os efeitos da planta *P.venusta* em animais e seres humanos que possuem vitiligo.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, definida como integrativa. Para o levantamento bibliográfico, optou-se pela busca de artigos nacionais e internacionais, no período de 2011 a 2015, disponíveis nas bases de dados pertencentes à Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Pesquisa de Publicações e Artigos Médicos (PubMed).

Foram utilizados os seguintes descritores: “Vitiligo”; “*Pyrostegia Venusta*”; “Tratamento vitiligo”; “Hiperpigmentação melanócita”, “Cipó-de-são-joão. Como critérios e inclusão, os artigos deveriam preencher as seguintes condições: apresentar resultados do uso do fitoterápico como hiperpigmentante; efeito da *Pyrostegia Venusta* em população de camundongos e humanos.

A análise foi realizada considerando informações específicas de cada artigo relacionada à autoria, ano de publicação, país, população, tipo de pesquisa, instrumento utilizado para coleta de dados e os resultados encontrados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A revisão de títulos e resumos foi realizada para identificar estudos que aparecem para cumprir os critérios de inclusão e exclusão, o que resultou em 16 artigos. Foi obtido o texto integral destes artigos e revistos. Estudos sem um grupo de controle e relatórios incompletos foram

descartados. Este processo resultou em 5 artigos que preencheram os critérios de inclusão. Dos 5 estudos incluídos nesta revisão 4 foram publicados em Inglês e 1 em português. A caracterização dos estudos pode ser observada na Tabela 1.

Tabela 1. Estudos sobre efeito da *P. Venusta* no tratamento contra o vitiligo

Autores	Ano	População	Parte da planta usada	Solução adicionada	Via de administração	Resultado
CLARICE C. VELOSO et al.	2011	Camundongos	Flores secas	Água destilada	Intraperitoneal	Aumento de leucócitos
CAMILA G. MOREIRA ET AL.	2012	Comunidade In Vitro	Flores secas	Água destilada	Introdução celular	Aumento da formação de melanina
ROY et al.	2012	Camundongos	Flores secas	Água destilada	Intraperitoneal	Poder cicatrizante
MOREIRA et al.	2015	Camundongos	Flores secas	Água destilada	Tópica	Aumento de melanina
FIGUEIREDO et al.	2014	Comunidade In Vitro de células humanas Camundongos	Flores secas	RPMI suplementado com 0,5% de sulfóxido de dimetilo	Introdução celular	Antitumoral no melanoma

Quanto ao tipo de população estudada, dos 5 artigos encontrados, 3 (60%) investigaram exclusivamente o uso da *P. Venusta* em camundongos e 2 (40%) estudaram o uso da *P. Venusta* tanto em camundongos quanto em células humanas in vitro. Os 5 artigos (100%) descreveram o uso das flores secas para pesquisa, em 4 (80%) a solução adicionada às flores secas foi água destilada e em 1 (20%) a solução adicionada às flores secas foi RPMI suplementado com 0,5% de sulfóxido de dimetilo.

Verificou-se também a utilização de diferentes vias de administração. Em 2 estudos (40%) a via de administração foi intraperitoneal, 2 estudos (40%) usaram como via de administração a introdução celular e 1 (20%) utilizou a via tópica como forma de administração.

Um dos aspectos avaliados, foi também o resultado do uso da *P. Venusta* contra o vitiligo e outras possíveis ações imunológicas. Dos 5 estudos, 2 (40%) observaram como resultado o aumento da formação de melanina, 1 (20%) resultou no aumento de leucócitos, 1 (20%) observou o aumento no poder de cicatrização e 1 (20%) relatou a ação antitumoral em células cancerígenas.

Várias teorias foram apresentadas para explicar o surgimento destas manchas despigmentadas, como, autoimunes, neurogênicas, autotóxicas e de estresse oxidativo, sem que determine categoricamente a causa. Possivelmente há vários fatores associados de modo individual para cada indivíduo, os quais atuam sobre um apoio e determinismo genéticos (NOGUEIRA; ZANCANARO; AZAMBUJA, 2008).

A teoria autoimune é a mais aceitável, pois trata-se da destruição de melanócitos, secundária à de auto anticorpos. Novos estudos demonstram um grande número de linfócitos T citotóxicos específicos para antígenos melanócitos no vitiligo, explicando assim um ataque direto e específico aos melanócitos (BELLET; PROSE, 2005).

Segundo Rosa e Natali (2009) a hipótese autocitotóxica, levaria a destruição de melanócitos por substâncias liberadas provenientes dos próprios melanócitos. O mecanismo de autodestruição não seria bloqueado.

O estresse aumenta a quantidade de hormônios neuroendócrinos e de neurotransmissores autônomos, o que altera o sistema imune e ativa as regiões específicas do cérebro, ricas em neuropeptídeos, alterando as condições destes e fortalecendo sua distribuição antidrômica na pele. (NOGUEIRA; ZANCANARO; ZAMBUJA, 2008).

O vitiligo apresenta diagnóstico basicamente clínico, (VIANA; GEREMIAS, 2009), mas, exames laboratoriais também se fazem necessários, como hemograma completo, glicemia, T4 livre, TSH, anticorpo antitireoglobulina, anticorpo antitireoperoxidase, fator reumatóide e anticorpo antinuclear onde estes estão elevados (AZULAY-ABULAFIA *et al.*, 2007).

É de suma importância distinguir o vitiligo de outros distúrbios, que é um procedimento bastante simples. A luz de Wood é muito utilizada para delimitar a área das manchas, sendo necessária atenção em notar as margens das lesões (BELLET; PROSE 2005).

A escolha do tratamento irá depender da extensão da doença, cor da pele e da avaliação do estado psicológico do indivíduo, pois ainda não se conhece cura para a doença. (MOREIRA, 2012).

Muitas opções terapêuticas foram desenvolvidas e ainda estão sendo, tais como: corticoterapia tópica; imunomoduladores tópicos; fototerapia com Psoralenos Ultravioleta A (PUVA), terapia tópica e sistêmica, Amplificação da Luz por Emissão Estimulada de Radiação Hélio-Neônica (L. A. S. E.R. He Ne), Ultravioleta B (UVB) e laser excimer ou luz monocromática,

assim como microfototerapia. Há opções cirúrgicas como mini enxerto, transplante de célula epidérmica, camuflagem e despigmentação. Outra alternativa é o uso da fitoterapia (BELLET; PROSE, 2005).

Em relação ao uso da fitoterapia como alternativa de tratamento contra o vitiligo, foram descritos o uso de extratos das flores de *Pyrostegia venusta* em uso tópico e oral (VIANA; GEREMIAS, 2009).

Venusta (família, *Bignoniaceae*), popularmente conhecida como "cipó-de-são-joão" é amplamente distribuída no sul do Brasil. De origem brasileira, todas as partes da planta é usada na medicina, incluindo flores, folhas, raízes e caule (SCANLON et al., 2008). As áreas são usadas principalmente em decocção ou infusão como um tônico geral, para tratar a diarreia e manchas brancas.

Vários pesquisadores provaram atividades farmacológicas de *P. venusta* como antioxidante, anti-inflamatório, cicatrizante de feridas, antimicrobianas e melanogênica. Foi mostrado que o extrato hidroetanólico (HE) de flores e folhas de *P. venusta* foram capazes de melhorar o conteúdo de melanina. (Moreira et al, 2012).

Mais estudos, com novas e potentes terapias dependem do conhecimento completo do vitiligo. Existem poucos estudos com extratos de plantas com o objetivo final de aumentar a produção de melanina.

Um provável mecanismo da *P. venusta* estimula melanogênese pode estar relacionado com outras enzimas envolvidas no processo de melanogênese. A alantoína composto detectado tem sido amplamente descrita na literatura como tendo várias atividades farmacológicas, tais como a estimulação da mitose celular, anti-inflamatório e imunoestimulante (LEE et al., 2010). Sugerem-se que a alantoína modula resposta inflamatória, possivelmente através da inibição da quimiotaxia de células inflamatórias no local de uma lesão, impedindo assim a libertação de espécies reativas responsáveis pelo estresse oxidativo e danos nos tecidos. Uma vez que é um composto alantoína com diversas propriedades farmacológicas, incluindo em processos de desordens da pele, é possível que este composto poderia participar da ação melanogênica de *P. venusta*. (LEE et al., 2010).

CONCLUSÃO

O efeito de extratos de flores secas da *P. venusta* usado de forma tópica em camundongos mostrou grande efeito no aumento de melanina, assim como estudos realizados em células in vitro, porém questões importantes permanecem pouco claros, tal como a sua eficácia usando a forma intraperitoneal como via de administração. Na verdade, outros estimuladores foram encontrados nos

estudos usando a via intraperitoneal como o aumento de leucócitos e poder cicatrizante, provavelmente porque foram observados efeitos antioxidantes da planta.

Estudos ainda são necessários para examinar diretamente se a aplicação da *P. Venusta* pode melhorar a pigmentação da pele humana sob condições relevantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LUZ, et al. **VITILIGO E SEU TRATAMENTO**. Revista Científica do ITPAC, Araguaína, v.7, n.3, Pub.5, Julho 2014 ;

C.G. MOREIRA et al. / **Hyperpigmentant activity of leaves and flowers extracts of *Pyrostegia venusta* on murine B16F10 melanoma**. Journal of Ethnopharmacology 141(2012) 1005– 1011;

SZCZURKO AND BOON; licensee BioMed Central Ltd. 2008;

MOREIRA,C.G.,et al.,**Pre-clinical evidences of *Pyrostegia venusta* in the treatment of vitiligo**.Journal of Ethnopharmacology (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.jep.2015.03.080>;

Roy, P., Amdekar, S., Kumar, A., Singh, V., 2011. **Preliminary study of the antioxidant properties of flowers and roots of *Pyrostegia venusta* (Ker Gawl) Miers**. BMC

Complementary and Alternative Medicine 11, 69.2015;

Veloso C.C. et. al/ Revista Brasileira de Farmacognosia Brazilian Journal of Pharmacognosy 22(1): 162-168, Jan./Feb. 2012 Anti-inflammatory and antinociceptive effects

of the hydroethanolic extract of the flowers of

***Pyrostegia venusta* in mice;**

BELLET, Jane S. PROSE, Neil S. **Vitiligo em crianças: uma revisão de classificação, hipóteses sobre patogênese e tratamento**. Anais Brasileiros de Dermatologia. Carolina do Norte, v. 80, n.6, p.631-636, Set.2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v80n6/v80n06a09.pdf> Acesso em: maio,2016.

JACOB, Stanley W.; FRANCONI, Clarice A.; LOSSOW, Walter J. *Pele*. In: Anatomia e Fisiologia Humana. 5. ed. Rio Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. Cap. 5, p. 80-83.;

ROSA, Eliane Cristina; NATALI, Maria Raquel Marçal. **Vitiligo: Um problema que não pode passar em branco**. Revista Saúde e Pesquisa. Paraná, v. 2, n. 1, p. 119-126, jan./ abr. 2009.;

VIANA, Elizabete; GEREMIAS, Reginaldo. **A caracterização do vitiligo e o uso de plantas para o seu tratamento**. 10f. (Monografia para conclusão do curso de Farmácia). Santa Catarina, UNESC, 2009.;

NOGUEIRA, Lucas S.C.; ZANCANARO, Pedro C.Q.; AZAMBUJA, RobertoD. **Vitiligo e emoções**. Anais Brasileiro de Dermatologia. Brasília, v. 84, n. 1, p. 39-43, dez. 2008.;

LOPES, Antônio Carlos. Diagnóstico e Tratamento. v. 2. São Paulo: Manole, 2006.;

AZULAY-ABULAFIA, Luna *et al.* **Afecções Dermatológicas de A a Z. In: Atlas de Dermatologia da Semiologia ao Diagnóstico**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. Seção 3, p.719-720.;

FIGUEIREDO CR ET.AL/ **Pyrostegia venusta heptane extract containing saturated aliphatic hydrocarbons induces apoptosis on B16F10-Nex2 melanoma cells and displays antitumor activity in vivo**. Pharmacogn Mag. 2014 Apr;10(Suppl 2):S363-76. doi: 10.4103/0973-1296.133284.

O ZIKA VÍRUS PODE SER USADO NO TRATAMENTO DO GLIOBLASTOMA?

Ricardo Tavares Borges, Acadêmico de Medicina na Universidade Católica de Brasília;

Gabriella Maria Lucena Viana, Acadêmica de Medicina na Universidade Católica de Brasília;

Roberto José Bittencourt, Professor doutor e Coordenador do Internato de Clínica Médica do Curso de Medicina na Universidade Católica de Brasília.

Introdução

O glioblastoma é a forma mais comum e agressiva de neoplasia cerebral primária e está associado com uma grande degeneração da capacidade e das funções cerebrais. Embora exista tratamento – que é cirúrgico –, a sobrevida dos pacientes é baixa, pois o glioblastoma apresenta elevada recidiva local devido ao seu alto caráter infiltrativo, o que requer uma terapia adjuvante com quimioterapia e radioterapia, as quais são limitadas em razão da incapacidade de transpor a barreira hematoencefálica e do fato de que as doses necessitam ser mantidas baixas para evitar destruição de tecido saudável.

Estudos recentes mostraram que o Zika vírus (ZIKAV) visa e elimina preferencialmente células-tronco do glioblastoma (GSC) em linhagem celular de glioblastoma humano e de camundongo sem afetar células neurais saudáveis ou células diferenciadas de glioblastoma (DGC). Surpreendentemente, há mais de 60 anos, o vírus do Nilo ocidental – vírus da mesma família do vírus Zika – tinha sido testado como um potencial vírus oncolítico, porém demonstrou toxicidade substancial ao destruir tanto GSC quanto DGC humanos cultivados in vitro.

Diante do exposto, este estudo objetivou avaliar se o Zika vírus poderia ser usado no tratamento do glioblastoma.

Material e Métodos

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, na qual se realizou - por meio de uma análise na base de dados eletrônica Pubmed, Scielo, Cochrane Clinical Answers, LILACS, MEDLINE e Health Systems Evidence - uma busca ativa de artigos na língua inglesa por um período de tempo ilimitado. Não houve critérios de exclusão devido à escassez de artigos. A partir das palavras-chave e do operador booleano a seguir: "Glioblastoma AND Zika Virus AND Treatment"; encontrou-se apenas um artigo, o qual foi analisado e selecionado. E com base em seus dados pôde-se chegar nas conclusões apresentadas neste trabalho. Não há conflitos de interesse entre os autores.

Resultados e Discussão

O glioblastoma é uma neoplasia cerebral que se caracteriza por células gigantes multinucleadas, por numerosas mitoses e por pleomorfismo celular. O seu potencial metastático é reduzido, todavia é muito infiltrativo e com intensa agressividade local. Devido à limitação dos tratamentos atuais, pesquisadores demonstraram que diferentes cepas do vírus Zika visavam e matavam especificamente GSC em culturas de células e em amostras de tecidos excisados de glioblastoma humano (figura 1).

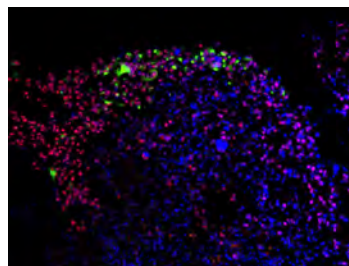


Figura 1. O Zika vírus (verde) alveja preferencialmente as células-tronco (vermelho) em um glioblastoma humano.

Para avaliar a especificidade do ZIKAV em GSC humano, foram utilizados três modelos de GSC (387, 3565 e 4121) em amostras in vitro que originaram organóides pequenos em 3 dias (Fig. 2A) e organóides maduros em 3 semanas (Fig. 2B).

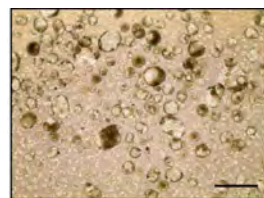


Fig. 2A



Fig. 2B

A infecção das GSCs por inoculação de cepas de ZIKAV provenientes do Brasil (ZIKAV-Brasil) e do Dakar (ZIKAV-Dakar) diminuiu o tamanho desses organóides em 2 semanas e em 4 semanas (Fig. 2C, 2D e 2E).

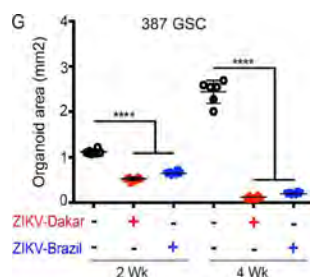


Fig.2C

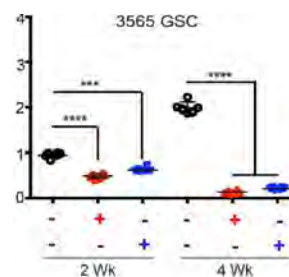


Fig.2D

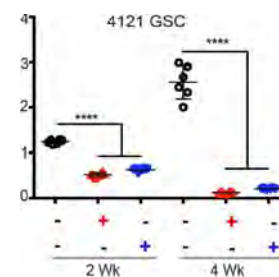


Fig.2E

O ZIKAV infectou organóides de glioblastoma com predileção por células que expressavam o marcador de pluripotência SOX2 (figura 3A); e o marcador apoptótico - AC3- comprovou a morte de células tumorais induzidas por ZIKAV (figura 3B).

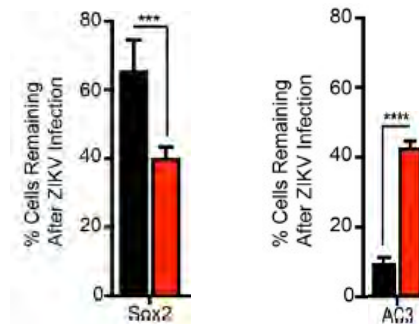


Fig.3A

Fig.3B

Entretanto, o ZIKAV não infectou efetivamente as células tumorais em proliferação, tal como mostrado pelo marcador de proliferação celular Ki-67 (Fig. 4A) e nem as células tumorais diferenciadas – DGC – mostradas pelo marcador dos astrócitos GFAP. (Fig. 4B).

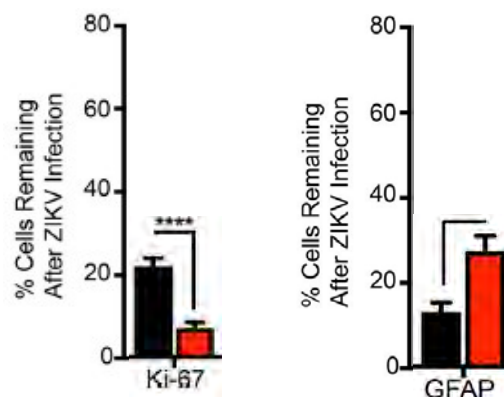


Fig. 4A

Fig.4B

Para ratificar esses resultados procedentes da cultura in vitro, recolheram-se amostras de glioblastoma logo após a ressecção cirúrgica e inoculou-os com as duas cepas de ZIKAV. Durante o período de uma semana, o ZIKAV infectou progressivamente os tumores. Isso evidenciou que a maioria das células infectadas com ZIKAV expressava o marcador de pluripotência SOX2. Ao contrário dos organóides de amostras in vitro de pacientes, que apresentavam diferentes dinâmicas de crescimento, o ZIKAV infectou as células que proliferaram e mais raramente as DGCs (Figura 5). Esses resultados sustentam a hipótese de que o ZIKAV se destina e destrói principalmente os GSCs.

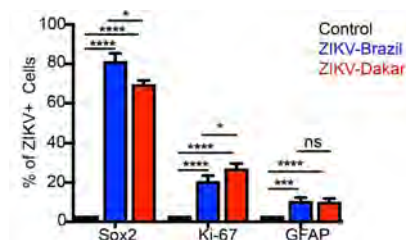


Fig.5

Apesar desses resultados, que são oriundos de um único artigo, os pesquisadores reconhecem que ainda não sabem como as cepas do vírus Zika irão atuar em GSCs derivadas do paciente in vivo, visto que o mecanismo pelo qual o vírus Zika visa preferencialmente os GSCs não é totalmente compreendido.

Conclusões

Em vista disso, percebe-se que há muitas variáveis a serem elucidadas - uma vez que ainda estão nas pesquisas pré-clínicas - e não se pode concluir que o tratamento direcionado usando o Zika vírus possa trazer benefícios adicionais aos pacientes com glioblastoma, já que essa parte do estudo provém das 4 fases (fase I, II, III e IV) da pesquisa clínica.

Referências

ZHU, Zhe et al. **Zika virus has oncolytic activity against glioblastoma stem cells**. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=\(\(glioblastoma\)%20AND%20zika%20virus\)%20AND%20treatment](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=((glioblastoma)%20AND%20zika%20virus)%20AND%20treatment). Acesso em: 09 Set. 2017.

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE SOBRE A PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO

Lizandra Karoline Silva do Monte – Universidade Católica de Brasília - lizandraksm@hotmail.com,

Lara Medeiros Amaral – Universidade Católica de Brasília - lara.m.amaral@hotmail.com ,

Osmar Nascimento Silva – Universidade Católica Dom Bosco – osmar.silva@catolica.edu.br

Introdução:

O Diabetes Mellitus é um conjunto de disfunções metabólicas, que culminam em hiperglicemia, e está associado a um alto risco de desenvolvimento de complicações agudas e crônicas (SILVA, et al., 2016). Entre as complicações estão lesões em órgãos-alvo, como a retinopatia, nefropatia, aceleração da aterosclerose, com riscos acrescidos de infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral, e as que afetam os pés, que são as mais prevalentes (JÚNIOR, et al., 2014). O pé diabético é a morbidade que mais se destaca na área de cirurgia vascular, por ter caráter mutilador, levando muitas vezes à amputação do membro (CARLESSO, et al., 2017).

O pé diabético é determinado como a infecção, ulceração e/ou destruição dos tecidos profundos relacionados a anomalias neurológicas e doença vascular periférica nos membros inferiores. Essa condição engloba diversas patologias, como a neuropatia diabética, a doença arterial periférica, a ulceração do pé, a neuroartropatia de Charcot e a osteomielite. Essas patologias ocorrem de maneira concomitante e se somam, elevando a dificuldade de tratamento (CARLESSO, et al., 2017).

Fator considerável para o desenvolvimento de úlceras nos pé é a presença de neuropatia sensitivo-motora periférica, que é associada com a perda da sensibilidade a dor, da percepção de pressão, da temperatura e da propriocepção. Isso leva à redução da percepção de ferimentos e traumas. Além disso, a neuropatia motora leva a uma atrofia e enfraquecimento dos músculos intrínsecos do pé, gerando deformidades, como flexão dos dedos e um padrão anormal da marcha, que podem evoluir para calosidades e úlceras de pressão. Nos casos mais críticos leva ao pé de Charcot, que é uma doença progressiva, identificada pelo deslocamento articular, por fraturas patológicas e deformidades debilitantes (JÚNIOR, et al., 2014). A neuropatia autonômica pode levar a uma diminuição de sudorese que resulta em uma pele com parede fina e ressecada, facilitando rachaduras e infecções (CUBAS, et al., 2013).

A doença vascular periférica é um notável fator de risco para ulceração e amputação. É resultado da aterosclerose das artérias periféricas, que leva à obstrução das artérias e arteríolas distais, dificultando o fluxo sanguíneo e privando os tecidos de adequado fornecimento de oxigênio,

nutrientes e antibióticos, o que prejudica a cicatrização das úlceras, e que pode levar à gangrena (JÚNIOR, et al., 2014).

O pé diabético gera um significativo problema socioeconômico, tanto em relação aos gastos com internação e amputação para os sistemas de saúde, quanto para o paciente, que encara uma perda de produtividade e de qualidade de vida, que se soma ao custo individual de cada um, visto que essa condição pode ser altamente incapacitante (CARLESSO, et al., 2017).

Dessa forma, os cuidados preventivos do pé do portador de diabetes conduzem a um efeito positivo na relação custo e benefício, pois as amputações e ulcerações podem ser prevenidas pelo diagnóstico precoce e tratamento adequado (JÚNIOR, et al., 2014). Para isso, uma atenção básica capacitada e orientada é muito eficaz na vigilância e no controle da doença. O profissional de saúde deve ser habilitado a instruir o paciente ao autocuidado e para rastrear os fatores de risco para essa comorbidade. Pacientes que apresentam sintomas neuropáticos e vasculares associados a fatores de risco como tabagismo e glicemia descompensada, devem receber uma maior atenção pela equipe de saúde (CARLESSO, et al., 2017).

É necessário que o exame minucioso do pé diabético faça parte do exame físico, além de instruções educativas que possa possibilitar ao paciente a realização do autocuidado. Dessa forma, o objetivo do seguinte estudo é abordar os aspectos gerais das orientações ao paciente, para que o mesmo realize os cuidados de prevenção do pé diabético, trazendo alguns dados estatísticos encontrados na literatura.

Material e Métodos:

A revisão de literatura realizada para este trabalho contou com a busca nas seguintes bases de dados: periódicos CAPES, Medline, Pubmed e Scielo. Foram utilizadas as palavras chave: prevenção pé diabético. Foram selecionados os dez primeiros textos em ordem decrescente de data de publicação que se enquadravam nos seguintes pré-requisitos: Texto completo disponível, idioma em português, temática relacionada à prevenção do pé diabético. Os textos que apareciam de forma repetida foram excluídos. Foram utilizados 7 artigos, que variam na data de publicação de 2006 até 2017.

Resultados:

Deve-se capacitar o paciente ou os seus cuidadores a realizar alguns cuidados com os pés.

O primeiro passo é a inspeção dos pés diária, tendo uma iluminação adequada, o paciente deve examinar todo o pé, se necessário utilizando um espelho. É recomendado buscar sinais de

pressão, cortes, fendas entre os dedos, feridas e mudanças na coloração dos pés, prestando atenção com mudanças na temperatura da pele (FARJARD, 2006).

É necessário lavar os pés diariamente, usando um sabão suave e água morna. Utilizando uma toalha macia, deve-se enxugar os pés e a pele entre os dedos, sem esfregar a pele. Posteriormente, é preciso aplicar uma loção hidratante sobre os pés secos, exceto entre os dedos e sobre feridas abertas ou rachaduras. Não deve aplicar talco, pois isso pode produzir um ressecamento da pele (FARJARD, 2006). O estudo realizado por Policarpo (2014) mostra que 49,4% dos participantes não sabem como se faz a higiene correta e o que se deve observar ao fazer a inspeção dos pés, sendo que a maioria praticava a higiene dos pés de maneira incompleta ou inadequada. Já no estudo de Cubas (2013), os profissionais de saúde avaliaram que 70% da amostra foi classificada como boa e 30% foi classificada como regular.

É preciso ter cuidados com as unhas, lixando-as com uma lixa correta e respeitando o formato das unhas. Ao cortar as unhas deve-se usar tesouras com pontas arredondadas e não deve cortar calosidades e nem unhas encravadas. Fazendo isso preferencialmente após o banho, pois as unhas estão macias (FARJARD, 2006). Segundo o levantamento realizado por Policarpo (2014), 91,8% dos entrevistados afirmaram que possuíam o hábito de cortar as unhas, 46,2% disseram que usam tesouras com ponta e 56,5% desconheciam como fazer o corte correto das unhas.

Além disso, nunca deixar o paciente andar descalço. Ele deve usar diariamente meias limpas e sapatos resistentes e bem adaptados, até mesmo em casa (FARJARD, 2006). Esses sapatos devem proteger o pé contra traumas mecânicos, distribuindo os pontos de pressão, não possuindo costuras e que apresentam um bom estado de conservação. Os mesmos não podem ser muito largos e nem muito apertados e devem ser comprados, preferencialmente, no período da tarde, pois os pés tendem a estar edemaciados (CARLESSO, et al., 2017). Pode-se usar um chinelo resistente para o uso em casa. As meias devem ser preferencialmente bancas, sem costura e não apertadas. Sempre sacudir os sapatos antes de calçá-los. Segundo Carlesso (2017), até mesmo pacientes com alto grau de escolaridade e de orientação tinham úlceras induzidas por sapatos de tamanho inadequado. Isso se deve ao fato desses pacientes já apresentarem um quadro de neuropatia, e os sapatos de número menor acabam estimulando um resquício de sensibilidade do paciente, dando a ideia de que o sapato está no tamanho adequado.

Orientar o paciente que o mesmo deve realizar exercícios suficientes, pois sabe-se que a prática de atividade física, complementarmente à reeducação alimentar, ajuda a controlar os índices glicêmicos e diminuir o sobrepeso e a obesidade (SILVA, et al., 2016). É vetado ao paciente: cruzar as pernas quando estiver sentado ou deitado, pois isso pode afetar a circulação; Andar no escuro, o

paciente sempre deve acender as luzes para caminhar; Fumar, pois o fumo pode diminuir a circulação sanguínea (FARJARDO, 2006).

O paciente deve procurar atendimento na rede de saúde se sentir e/ou perceber um dos seguintes sintomas: ferida aberta ou bolhas em seus pés; Pernas frias e dormentes com uma coloração pálida ou azulada; Dores, tipo câimbras, em suas pernas ao caminha; Coceira, bolhas, pele descamada entre seus dedos ou na sola dos pés (FARJARDO, 2006).

Conclusões:

É importante se atentar a prevalência do pé diabético no contexto da saúde pública, essa, pois essa comorbidade é relativamente comum nos centros de atenção básica. Com as corretas orientações e acompanhamento do paciente pode-se evitar um desfecho de amputação e incapacitação, e dessa forma há uma economia de recursos em relação à evolução mais grave.

Sendo assim, é notória a importância da realização do exame minucioso dos pés dos pacientes com diabetes e o estabelecimento de um vínculo do paciente com a equipe de saúde. A partir disso, os profissionais de saúde podem fazer uma orientação efetiva do paciente diabético para realizar o autocuidado dos pés e de ter uma vida com hábitos mais saudáveis.

Palavras chave: Diabetes Mellitus. Prevenção primária. Pé Diabético. Neuropatia Diabética.

Referências bibliográficas:

AMARAL JUNIOR, Antônio Homem do et al . Prevention of lower-limb lesions and reduction of morbidity in diabetic patients,. **Rev. bras. ortop.**, São Paulo , v. 49, n. 5, p. 482-487, Oct. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-36162014000500482&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Sept. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rboe.2014.06.001>.

CARLESSO, Guilherme Pereira; GONCALVES, Mariana Helena Barboza; MORESCHI JUNIOR, Dorival. Avaliação do conhecimento de pacientes diabéticos sobre medidas preventivas do pé diabético em Maringá (PR). **J. vasc. bras.**, Porto Alegre , v. 16, n. 2, p. 113-118, June 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492017000200113&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Sept. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1677-5449.006416>.

CUBAS, Marcia Regina et al . Pé diabético: orientações e conhecimento sobre cuidados preventivos. **Fisioter. mov.**, Curitiba , v. 26, n. 3, p. 647-655, Sept. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502013000300019&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Sept. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-51502013000300019>.

Fajardo, C. (2006). A importância do cuidado com o pé diabético: Ações de prevenção e abordagem clínica. *Revista Brasileira Médica Farmacêutica e Comunitária*, 2 (5), 43-58. Retirado de <http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/article/view/25>

OLIVEIRA, Alexandre Faraco de et al . Estimativa do custo de tratar o pé diabético, como prevenir e economizar recursos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 6, p. 1663-1671, June 2014 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000601663&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Sept. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014196.09912013>.

POLICARPO, Natalia de Sá et al . Knowledge, attitudes and practices for the prevention of diabetic foot. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 35, n. 3, p. 36-42, Sept. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000300036&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Sept. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.03.45187>.

SANTANA DA SILVA, Luzia Wilma et al . PROMOÇÃO DA SAÚDE DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS NO CUIDADO EDUCATIVO PREVENTIVO DO PÉ-DIABÉTICO. **Cienc. enferm.**, Concepción , v. 22, n. 2, p. 103-116, agosto 2016 . Disponible en <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532016000200008&lng=es&nrm=iso>. accedido en 26 sept. 2017. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532016000200008>.

OSTEOGÊNESE IMPERFEITA NA GRAVIDEZ: UM CASO EM QUE MÃE E FILHO SÃO AFETADOS

Pedro Márcio de Moura Costa, Universidade Católica de Brasília,

pedro.moura.costa0205@gmail.com,

Gabriella Thais Pereira Braga, Universidade Católica de Brasília, belela_thais@hotmail.com,

Matheus Araujo Honorato, Universidade Católica de Brasília, arhosfly@hotmail.com,

Ana Beatriz Córdova da Silva, biacordovaana@gmail.com, Faculdade Anhanguera de Anápolis,

Gabriela Galdino Faria Barros, Hospital Santa Marcelina Itaquera, gabigaldino@me.com

PALAVRAS-CHAVE: Frouxidão cápsulo-ligamentar. Esclerótica azulada. Rosto triangular.

INTRODUÇÃO.

A osteogênese imperfeita (OI) é uma rara doença genética, caracterizada pela alteração na estrutura ou pela má função do colágeno tipo I. Resulta na carência desse composto durante a osteogênese e/ou na incapacidade de sintetizá-la. Sendo assim, ela assume o padrão de herança autossômica dominante, embora tenham sido descritos casos em que um outro gene, quando recessivo, causa um quadro semelhante. Como consequência, os ossos de um portador de OI tendem a ficar frágeis, motivo pelo qual faz com que seja conhecida como “doença dos ossos de vidro”.

O colágeno tipo I possui caráter proteico e compõe mais de 90% de todo o colágeno tecidual total, sendo responsável por 70% a 80% do peso seco dos tecidos fibrosos densos que formam o sistema musculoesquelético. Está também presente na composição da pele e dos vasos sanguíneos. Tratando-se da sua carência em gestantes, estima-se que a gravidez de uma mulher com OI represente apenas 1 em cada 25.000 gravidezes que ocorrem. Devido à raridade desses casos, muitos obstetras e outros profissionais médicos raramente terão tido experiência na administração de tais casos.

MATERIAL E MÉTODOS.

As informações foram obtidas por meio da revisão e análise do prontuário de uma paciente, bem como da revisão de literatura relacionada ao tema, de modo que a todo momento é mantido o anonimato da paciente. Além disso, ressalta-se a autorização da paciente para o uso das informações e sigilo das informações para outros fins senão os de pesquisa.

RELATO DE EXPERIÊNCIA E DISCUSSÃO.

T.M.S, 23 anos, primigesta com 38 semanas, com queixa de dor em baixo ventre de forte intensidade há 3 horas. No exame físico, apresentou à ectoscopia escleras azuladas sem outros achados. Dinâmica uterina presente, vitalidade fetal preservada, altura uterina de 34 cm, e ao toque vaginal colo médio, medianizado e pérvio para 7 cm, bolsa íntegra e cefálico. Acerca dos antecedentes pessoais, a paciente referia OI, descoberta aos 8 meses de vida após fratura em membros. Não usava medicação, mas realizou cirurgia ortopédica devido a uma escoliose aos 16 anos. Foi internada para assistência materno-fetal e optou-se por cesariana pelo risco de fraturas durante o trabalho de parto. Nascido recém-nato masculino, peso 2800g, Apgar 9/9, sem fraturas evidenciadas ao primeiro exame, porém apresentava escleras azuladas, o que sugere que ele também possuía a doença.

Dentre os principais sintomas, tem-se a deformação nos ossos - os quais, devido às múltiplas fraturas, tendem a regenerar-se mais rapidamente, resultando no seu crescimento atrofiado. Os pacientes dessa anomalia são marcados pela clássica esclerótica azulada, pois essa camada ocular tende a ficar delgada pela carência do colágeno, o que permite a visualização da retina azul. Como sintomas secundários, cita-se o rosto em formato triangular, sudorese aumentada, baixa estatura corporal, e, em alguns casos, surdez e frouxidão cápsulo-ligamentar. Sobre gestantes com OI, é possível diagnosticá-las a partir de ecografia realizada na 14ª semana. Para isso, busca-se ecogeneidade do crânio fetal, geralmente acompanhada de membros extremamente curtos e tórax diminuído; tudo fruto da pouca mineralização.

CONCLUSÃO.

Por fim, mostra-se imprescindível a realização da ecografia, visto que permite à obstetrícia a descoberta precoce de OI. No caso, essa forma de diagnóstico foi promovida no feto, mas não na mãe, o que fez com que ela dependesse de uma fratura na infância para descobrir que possui a doença. Essa forma de diagnóstico antes da criança nascer é importante, pois muitas vezes as múltiplas fraturas são confundidas com agressões físicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1 - AVALIAÇÃO CLÍNICA, RADIOGRÁFICA E LABORATORIAL DE PACIENTES COM OSTEOGÊNESE IMPERFEITA CLÁUDIO SANTILI*, MIGUEL AKKARI, GILBERTO WAISBERG, J OSÉ OLYMPIO CATÃO BASTOS JÚNIOR, WILLIAM MARTINS FERREIRA Trabalho realizado no Grupo de Ortopedia Pediátrica do Departamento de Ortopedia e

Traumatologia do Hospital Central da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP

2 - NIH Osteoporosis and Related Bone Diseases~National Resource Center (ORBD~NRC), a Osteogenesis Imperfecta Foundation National Institutes of Health Osteoporosis and Related Bone Diseases National Resource Center

3 - SOUZA, Alex Sandro Rolland de et al. Diagnóstico pré-natal e parto transpelviano na osteogênese imperfeita: relato de caso. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 244-250, Apr. 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000400007&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032006000400007>.

4 - Pregnancy outcomes in women with osteogenesis imperfecta.

a Bone and Osteogenesis Imperfecta Department, Kennedy Krieger Institute, Johns Hopkins School of Medicine , Baltimore , MD , USA.

OSTEOGÊNESE IMPERFEITA: TIPOS DA DOENÇA E DIAGNÓSTICO EM PACIENTES NASCIDOS E EM FASE GESTACIONAL.

Pedro Márcio de Moura Costa_ (pedro.moura.costa0205@gmail.com) – Universidade Católica de Brasília,

Gabriella Thais Pereira Braga (belela_thais@hotmail.com) – Universidade Católica de Brasília,
Matheus Araújo Honorato (arhosfly@hotmail.com) – Universidade Católica de Brasília,

Gabriela Miranda Nascimento (gabrielamirandanasc@gmail.com) – Universidade Católica de Brasília,

Guilherme Borges Pereira (gbp.ucb@gmail.com) - Universidade Católica de Brasília

PALAVRAS-CHAVE: Frouxidão cápsulo-ligamentar. Esclerótica azulada. Fragilidade óssea

INTRODUÇÃO

A Osteogênese Imperfeita (OI) é uma doença genética caracterizada pela carência ou má função do colágeno tipo I, que resulta no comprometimento da osteogênese. O colágeno tipo I, compõe mais de 90% do colágeno corporal, sendo responsável por 70% a 80% do peso seco dos tecidos corporais, compondo principalmente os ossos e músculos. Como consequência, os ossos dos portadores de OI são mais frágeis, motivo que faz com que seja conhecida como “*a doença dos ossos de vidro*”. Possui epidemiologia rara: um (1) a cada 200.000 nascimentos é portador de OI. Tratando-se do diagnóstico, este pode ser realizado por sinais específicos na história clínica dos pacientes e por meio da ecografia pré-natal fetal, de modo que se torna crucial a realização desse exame para a escolha do tipo de parto pelos profissionais de saúde.

Esta revisão de literatura tem como objetivo...descrever o objetivo do seu resumo!

MATERIAL E MÉTODOS

As bases eletrônicas de dados utilizadas para a seleção dos artigos relevantes foram: Google Acadêmico, Scielo e Pubmed. As palavras-chave utilizadas na busca foram: “osteogênese imperfeita”, “esclerótica azulada”, “fragilidade óssea”. Foram selecionados estudos publicados em 2017. Além disso, foram considerados estudos disponíveis e relatos de pacientes, todos em português.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Embora a OI seja uma doença que pode ser classificada em quatro diferentes tipos, sua fisiopatologia resulta em sintomas que convergem em todos os portadores, independente do tipo.

São quatro os principais tipos de OI, sendo o primeiro o menos grave e de caráter genético dominante. Os pacientes assim diagnosticados possuem esclerótica azulada, osteopenia leve, com ocorrência de fraturas pouco frequente. Além disso, pode ser subclassificada em I-A, se o paciente apresentar dentiogênese imperfeita, e I-B, se não ausente esta alteração.

Os portadores de OI tipo II são caracterizados como o tipo mais grave da doença. A gravidade pode ser geneticamente associada a autossomia recessiva. É relatada a ocorrência de fraturas constantes na gestação, mesmo o embrião estando protegido pela bolsa amniótica. Recém-nascidos geralmente são pré-maturos e pequenos para a sua idade gestacional. Na maioria dos casos, não resistem e morrem alguns dias após o parto. Por isso, os alelos que causam a doença são caracterizados como letais.

Por outro lado, a OI do tipo III mostra-se compatível à vida, embora seja caracterizada também como de padrão autossômico recessivo, baixa estatura e dentiogênese imperfeita. A ocorrência de fraturas e deformidades óssea é menos acentuada do que a OI do tipo II.

Já os pacientes classificados como portadores de OI tipo IV são bastante semelhantes com os do tipo I, apresentando a mesma caracterização sintomática e terapêutica. A principal diferença está no caráter genético, na OI do tipo IV há interação gênica entre o gene dominante e o recessivo.

Como demonstrado, a carência de colágeno tipo I resulta diretamente no aparecimento dos principais sintomas da doença, como deformidade óssea, pele fina e frouxidão capsulo-ligamentar. Ademais, os pacientes podem apresentar surdez devido ao colapso do ducto auditivo e compressão do nervo auditivo (incidência de 42% a 58%). Os pacientes podem apresentar o rosto em formato triangular devido ao surgimento de um calvário protuberante com deformidade craniofacial. Assim, os crânios desses pacientes apresentam-se relativamente grandes em relação ao corpo, mas não em relação à idade. Sobre as alterações musculoesqueléticas, a dentiogênese imperfeita consiste na fragilidade dos dentes pela carência de colágeno. Por sua vez, são mais propensos a cáries, complicações ortodônticas e apresentam coloração marrom-amarelada pela carência de dentina.

Acerca das alterações sistêmicas corporais, tem-se a facilidade de desenvolver ou agravar um quadro de osteoporose e osteopenia, deformando a coluna vertebral e aumentando a probabilidade de lesão da medula espinhal. A deformação óssea é fruto das múltiplas fraturas e processo de reparo ineficiente, resultando em atrofia. É válido enfatizar que o principal sintoma é a presença escleras

azuladas durante o exame de fundo de olho, pois essa camada ocular tende a ficar delgada pela carência do colágeno, o que permite a visualização da retina azul.

Desse modo, o diagnóstico de pacientes portadores ocorre por meio da visualização desses sintomas, sobretudo os clássicos. No caso dos pacientes em gestação, é feito por meio do estudo radiográfico do abdômen materno, ultrassonografia obstétrica e ressonância magnética. Nos casos mais graves da doença, OI do tipo II, a ultrassonografia só permite diagnóstico conclusivo a partir da 17ª semana.

CONCLUSÃO

É imprescindível que profissionais da saúde conheçam as classificações e meios de diagnóstico da OI, visto que a severidade da doença pode interferir na escolha do tipo de parto. Um parto normal para o nascimento de um portador de OI com crânio pouco mineralizado pode resultar em danos severos ao sistema nervoso central. Além disso, mesmo após o nascimento, as fraturas de crianças são frequentemente confundidas com agressões físicas, o que faz com que essa questão interfira até em uma possível resolução socio-judicial.

REFERÊNCIAS

- MARTINS, et al. Osteogenese imperfeita: características clínicas, moleculares e tratamento. *Fisioter. Bras*, [S.L], v. 7, n. 1, p. 66-68, 200./out. 2017.
- SANTILI*, C. et al. Avaliação clínica, radiográfica e laboratorial de pacientes com osteogênese imperfeita. **Rev assoc med bras**, São paulo, v. 51, n. 4, p. 214-220, 200./set. 2017.
- SOUZA, Alex Sandro Rolland De. Diagnóstico pré-natal e parto transpelviano na osteogênese imperfeita: relato de caso. **Rev Bras Ginecol Obstet**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 224-250, 200./set. 2017.

PADRONIZAÇÃO DE QPCR MULTIPLEX PARA O DIAGNÓSTICO SIMULTÂNEO DOS VÍRUS ZIKA, CHIKUNGUNYA E DENGUE.

Werick Mendes Amorim¹

Universidade Católica de Brasília – UCB, wma.vps@gmail.com

Introdução

Os vírus Dengue (DENV), Chikungunya (CHIKV) e Zika (ZIKV), são arboviroses emergentes que estão presentes no Brasil, circulando e causando um significativo problema de Saúde Pública, abrangendo até o Distrito Federal. O diagnóstico diferencial dessas arboviroses é importantíssimo, principalmente, para mulheres gestantes ou em idade fértil devido à capacidade do ZIKV causar doenças congênitas graves. Clinicamente, são muito similares os sinais e sintomas dessas doenças, e muitas vezes para um diagnóstico específico é fundamental o exame laboratorial. Atualmente, essas arboviroses são diagnosticadas na rede pública exclusivamente através de PCR em tempo real (qPCR). Comercialmente, um kit de diagnóstico diferencial está disponível, mas há relatos de baixa especificidade, além do custo elevado por paciente. Nessa perspectiva, o presente estudo sugere o desenvolvimento e padronização de uma qPCR multiplex que torne executável o diagnóstico simultâneo dessas três arboviroses em uma reação única. Essa sugestão é de proveito do Sistema Único de Saúde porque tornaria o diagnóstico diferencial dos vírus Dengue, Chikungunya e Zika mais barato, prático e rápido e, conseqüentemente, mais acessível aos usuários. Além disso, um teste único para detectar simultaneamente essas três arboviroses pode trazer informações epidemiológicas complementares que podem colaborar para o controle e prevenção desses vírus no Brasil.

Materiais e Métodos

Será feito o teste de primers de Zika, Dengue, Chikungunya e Ribonuclease P descritos na literatura com amostras de sangue de indivíduos positivos e negativos para o vírus Dengue, Chikungunya e Zika oriundos do Laboratório Central de Saúde Pública do Distrito Federal (LACEN-DF). O RNA viral dessas amostras será extraído utilizando 200 uL de soro em um kit comercial QIAamp (QIAGEN) seguindo as recomendações do fabricante. O RNA total será submetido a reação de transcriptase reversa utilizando SuperScript III e 5uL de RNA. A amplificação será realizada no equipamento StepOnePlus (Applied Biosystems, EUA) utilizando MasterMix. Os dados serão analisados por comparação entre os resultados de Ct das reações realizadas separadamente com os realizados simultaneamente em uma única reação. Os resultados da análise de PCR em tempo real

são determinados pelo computador na fórmula $2^{-\Delta\Delta Ct}$. Nesta equação, Ct representa o ciclo da reação de PCR em que a produção do produto entra na fase exponencial. ΔCt representa a diferença entre o Ct para a molécula (genoma viral) de interesse e o para um controle (amostra negativa) que serve como base para normalizar a quantidade de cópias entre amostras. $\Delta\Delta Ct$ representa a diferença entre ΔCt para uma amostra (presença viral) e outra amostra (negativa). Uma vez que o ΔCt depende da quantidade do modelo (modelo duas vezes mais baixo por ΔCt por um ciclo), $2^{-\Delta\Delta Ct}$ representa a relação entre as quantidades nas duas amostras.

Resultados e Discussão

Foram selecionados primers e sondas para os três vírus, e os mesmos foram mandados para Coréia para serem confeccionados. As sondas ainda não chegaram, por problemas financeiros, contudo os primers já estão diluídos como solução mãe de 100 μM e solução para uso de 10 μM .

Inicialmente está sendo feita a validação dos primers. Para isso 11 amostras de soro foram selecionadas no LACEN, sendo 3 positivas para Dengue sorotipo 1, 3 positivas para Dengue sorotipo 2, 4 positivas para Chikungunya, e 1 negativa para as 3 arboviroses para avaliar a Ribonuclease P, um controle endógeno humano. Além disso, também usarei na validação uma amostra de Zika em cultura que foi cedida pela cultura celular de virologia da UCB. Estas amostras foram extraídas com o kit QIAamp da QIAGEN e feita uma RT-PCR sucessiva. E então PCRs convencionais estão sendo realizadas para testar todos os pares de primers.

Testados e validados todos os pares de primers, e quando a sonda for confeccionada, vou começar a padronizar um ensaio de qPCR multiplex para detecção simultânea dos vírus Zika, Chikungunya e Dengue, fazendo primeiro a padronização de qPCR monoplex e posteriormente determinar a sensibilidade e especificidade do ensaio de qPCR multiplex.

Conclusão

O diagnóstico diferencial dessas arboviroses é considerado importante, principalmente, para mulheres em estado gestacional ou em idade fértil devido à possibilidade de ZIKV causar doenças congênitas graves. Assim, a disponibilidade de uma metodologia que permita a detecção de ZIKV, CHIKV e DENV simultaneamente em uma reação única seria de grande relevância para a rede de saúde pública, porque tornaria o diagnóstico mais barato, mais prático e mais rápido.

Palavras-chave: Arboviroses. Saúde. Gestantes. Doenças congênitas.

Referências Bibliográficas

- Anez G, Chancey C, Grinev A, Rios M. **Dengue virus and other arboviruses: A global view of the risks.** Int Soc Blood Transfusion, ISBT Sci Ser. 2012;7:274–82.
- Choumet V, Desprès P. **Dengue and other flavivirus infections.** Rev Sci Tech [Internet]. 2015;34(2):473–8, 467–72. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26601449>
- Figueiredo LTM. **Emergent arboviruses in Brazil.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2007. p. 224–9.
- Hayes EB. **Zika virus outside Africa.** Emerging Infectious Diseases. 2009. p. 1347–50.
- Kanti P., et al. **Simultaneous detection of Zika, Chikungunya and Dengue viruses by a multiplex real-time RT-PCR assay.** Journal of Clinical Virology. 2016.
- Madariaga M, Ticona E, Resurrecion C. **Chikungunya: Bending over the Americas and the rest of the world.** Brazilian Journal of Infectious Diseases. 2016. p. 91–8.
- Ministério casos suspeitos de microcefalia [Internet].** [citado 6 de abril de 2016]. Recuperado de: <http://combateaedes.saude.gov.br/noticias/505-microcefalia-ministerio-da-saudeinvestiga-4-291-casos-suspeitos-no-pais>.
- Moulin E, Selby K, Cherpillod P, Kaiser L, Boillat-Blanco N. **Simultaneous outbreaks of dengue, chikungunya and Zika virus infections: Diagnosis challenge in a returning traveller with nonspecific febrile illness.** New Microbes and New Infections. 2016. p. 6–7.
- Waggoner JJ, Gresh L, Mohamed-Hadley A, et al. **Single-Reaction Multiplex Reverse Transcription PCR for Detection of Zika, Chikungunya, and Dengue Viruses.** Emerging Infectious Diseases. 2016;22(7):1295–1297.
- Zanluca C, de Melo VCA, Mosimann ALP, dos Santos GIV, dos Santos CND, Luz K. **First report of autochthonous transmission of Zika virus in Brazil.** Mem Inst Oswaldo Cruz [Internet]. 2015;110(4):569–72. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26061233>

PARAR, ESPERAR, OLHAR E COMPRAR: UMA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NUTRICIONAL DE PRODUTOS ALIMENTÍCIOS EXPOSTOS PRÓXIMOS AOS CAIXAS DE SUPERMERCADOS

Leidiane Soares Oliveira, Universidade Católica de Brasília (leidianesoliveira@gmail.com);

Cristine Savi Fontanive, Universidade Católica de Brasília (cristinesavi@gmail.com);

Iama Marta de Araújo Soares; Universidade Católica de Brasília (iamasoaresh@yahoo.com.br);

Marcus Vinícius Vascomcelos Cerqueira, Universidade Católica de Brasília

(marcusc@ucb.br).

Palavras-Chave: Obesidade Infantil. Alimentos Ultraprocessados. Alimentação Saudável. Supermercados.

Introdução

A alimentação saudável é essencial para o crescimento salutar, desenvolvimento adequado e manutenção da saúde (Mancuso; Vincha; Santiago, 2016). Como cita Paiva (2010) a boa alimentação é essencial na fase inicial da vida, a fim de manter uma boa qualidade de vida e prevenir o surgimento de doenças, sendo que os nutrientes que o corpo humano necessita para sua formação sadia são adquiridos através da ingestão adequada de alimentos (Pedraza; Queiroz, 2011).

A prática de uma dieta balanceada e hábitos alimentares saudáveis desde a infância proporcionarão uma boa saúde e favorecerão o desenvolvimento físico e intelectual, reduzindo os transtornos causados pelas deficiências nutricionais comuns a este estágio de desenvolvimento, evitando assim a manifestação de distúrbios metabólicos (Brasil, 2015).

Segundo Silva, Costa e Giuliani (2016), a alimentação inadequada na infância tem repercussões imediatas no processo de desenvolvimento da vida adulta, por isso é importante avaliar todos os aspectos que estão relacionados com a alimentação infantil.

Os hábitos alimentares são um destes aspectos, e têm influência por variáveis fatores, alguns se caracterizam como fatores genéticos, culturais, étnicos, religiosos, socioeconômicos, ambientais, entre outros. Estes hábitos iniciam-se na infância, onde a criança já possui suas preferências alimentares, que são adquiridos por imitação de pessoas de seu convívio ou condicionamento. Os hábitos alimentares estão profundamente arraigados em um indivíduo e possui também forte carga emocional. Existe predisposição genética para se gostar ou não de determinados alimentos e diferenças na sensibilidade para algumas preferências e sabores herdados dos pais. Essa influência

genética vai sendo construída e motivada pelas experiências que a criança adquire ao longo da vida (Sahoo, et al., 2015).

Os hábitos que se adquire na infância são fatores contribuintes para o aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), tão recorrentes nos últimos anos, em destaque a obesidade infantil. As DCNT são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração. Atualmente, elas são consideradas um sério problema de saúde pública, e já eram responsáveis por 72% das mortes no mundo em 2014, segundo estimativas da pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, realizada pelo Ministério da Saúde (Vigitel, 2014).

A Obesidade é caracterizada pelo excesso de gordura corporal, que causa prejuízos à saúde do indivíduo. O diagnóstico populacional da obesidade é realizado a partir do parâmetro estipulado pela OMS, o índice de massa corporal (IMC), obtido a partir da relação entre peso corpóreo (kg) e estatura (m)² dos indivíduos. Não é um método tão sensível, mas que ainda é utilizado. Para crianças o diagnóstico de obesidade se caracteriza através de alguns percentis de classificação pelas curvas da OMS, onde se classifica a obesidade nas crianças que estão acima do peso normal para sua idade e estatura (Sisvan; OMS, 2006; 2007).

Observa-se aumento gradativo da obesidade e do sobrepeso desde a infância até a idade adulta (Abeso, 2016). No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, uma em cada três crianças entre cinco a nove anos apresenta o peso acima dos padrões recomendados pela OMS (Cardoso, 2015; Abeso, 2010).

O impacto da obesidade na infância é gravíssimo, pois pode desencadear elevação das triglicérides e do colesterol, hipertensão, alterações ortopédicas, dermatológicas e respiratórias. Podem também se estender a outros fatores psicológicos e sociais (Gomes, 2013).

Estudos demonstram que as crianças obesas enfrentam ainda graves problemas sociais e psicológicos, estão mais sujeitas a ataques de *bullying* e outros tipos de discriminação, o que poderá provocar consequências diretas na sua autoestima e a quebra de seu rendimento escolar, além de estarem predispostas a sofrer depressão ou outras doenças de foco psicológico quando atingirem a idade adulta (Chicoski; Alcantara, 2016).

Este trabalho justifica-se pela necessidade de abranger a visão da sociedade científica e social aos diversos fatores indiretos que estão envolvidos no processo da obesidade infantil e formação dos hábitos que contribuem para esta realidade, além de construir uma reflexão sobre o consumismo e seus agravos. Uma vez que as crianças são as que mais estão expostas a este tipo de exibição.

O objetivo do presente estudo foi avaliar a qualidade nutricional dos alimentos expostos próximos aos caixas de supermercados, por se considerar que é um espaço que os consumidores permanecem aguardando atendimento e observando os produtos, o que pode induzir a compra.

Materiais e Métodos

A metodologia utilizada para este trabalho foi método de coleta de dados observacional, de natureza descritiva e qualitativa.

A pesquisa foi realizada em supermercados e foram observados e coletados os dados quanto aos alimentos oferecidos, de acordo com *check list* elaborado pela pesquisadora (Tabela 01).

Tabela 01- Check list

Supermercado: 01	
ITEM AVALIAÇÃO	O QUE FOI OBSERVADO?
Quais são os alimentos encontrados	
Como eles estão dispostos	
Qual a qualidade nutricional destes alimentos	

O checkin list foi aplicado em 25 (vinte e cinco) supermercados distribuídos entre cidades Satélites do Distrito Federal durante quatro semanas.

Após a coleta de dados os rótulos dos produtos, estes foram avaliados e tabelados utilizando-se o programa Microsoft Excel, 2010, com atenção voltada à composição de açúcares, gorduras, sódio e fibras.

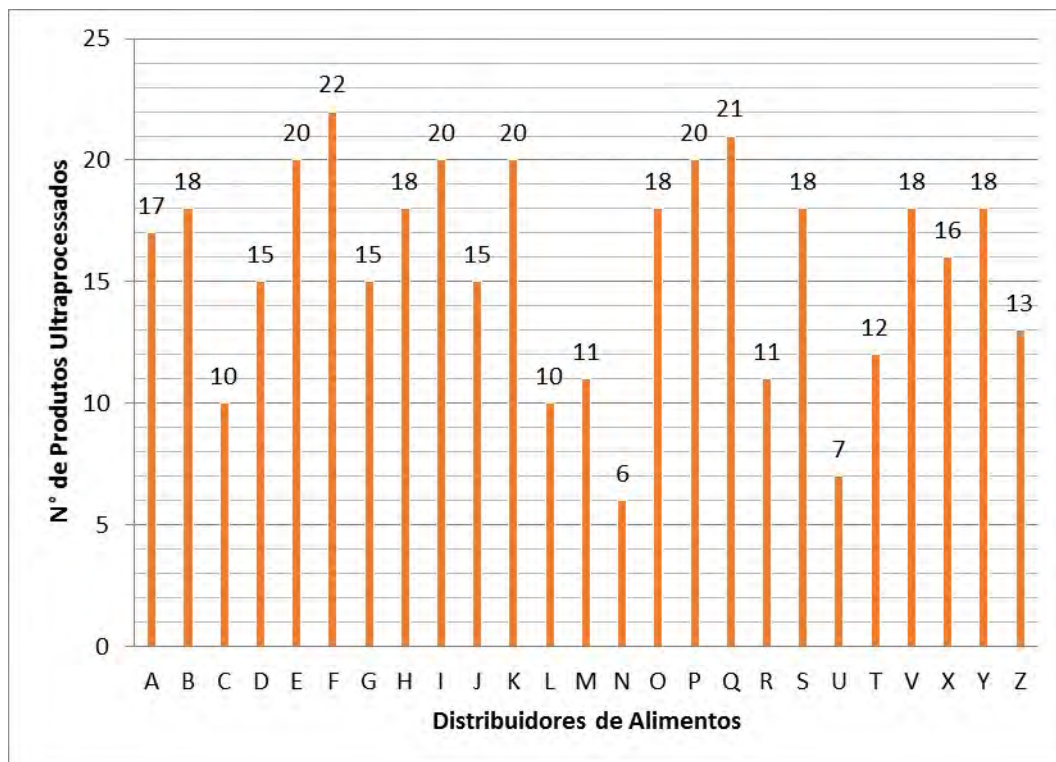
Resultados e Discussões:

Analisando-se o gráfico 01 observa-se que a média de produtos encontrados foi de aproximadamente de 16 produtos, sendo que 100% são ultraprocessados, com baixa qualidade nutricional. Este dado isoladamente já se mostra preocupante, já que estão expostos para as crianças de todas as idades, em um processo de formação de hábitos importante. Os hábitos alimentares impactam diretamente na saúde humana (Andrade; Cunha, 2013).

Expor a criança a esta quantidade de produtos ultraprocessados induz ao consumo de alimentos que não contribuem para um bom suporte de nutrientes. Segundo (Cunha, 2014).

Alimentos Ultraprocessados não garantem às crianças um correto aporte energético, tão pouco de micronutrientes que são essenciais para uma

Gráfico 01 – Quantitativo de produtos Ultraprocessados encontrados próximos aos caixas dos estabelecimentos



Observou-se que os alimentos possuem embalagens chamativas e estão dispostos em alturas adequadas às crianças, que são o público alvo deste tipo de alimento, além da situação biológica de fome, aliada a espera serem fatores que contribuem como fontes de estratégias de marketing.

Como as crianças participam e contribuem em grande parte para o padrão de compras da família e possuem um maior poder de compras hoje em dia, a indústria alimentícia aproveita a oportunidade gerando estratégias para criar o desejo de consumo, principalmente por alimentos ricos em açúcares, sódio e gorduras (Engler; Guimarães; Lacerda, 2016).

Verificou-se que 21% dos alimentos encontrados são de balas e chicletes, 19% chocolates, 11% refrigerantes e os outros 46% de diversos alimentos como sucos industrializados, salgadinhos, sorvetes, doces, amendoim processado, biscoitos, macarrão instantâneo com tempero pronto e barras de cereais). Alimentos com baixa qualidade nutricional por serem ricos em açúcar, gordura saturada, sódio e pobre em fibras.

Alimentos inadequados ao consumo, principalmente na dieta da criança, que geralmente são as principais consumidoras deste tipo de alimentos. Os nutrientes devem ser ajustados em quantidade corretas, proporcionando saúde e crescimento. Sabe-se que tanto o excesso de determinados nutrientes como a falta destes pode acarretar agravos à saúde (CGPAN, 2010). Verifica-se nos dados apresentados que quase todos os alimentos possuem quantidade elevadas de açúcar e sódio. Características predominantes em alimentos industrializados e ultraprocessados.

Os alimentos ultraprocessados podem ser definidos como alimentos que são fabricados de substâncias processadas que geralmente passam pelo processo de extração ou refinamento de alimentos integrais. Com adição de outros alimentos e condimentos. Caracterizam-se em grandes densidades energética, alta carga glicêmica e baixa em fibra dietética, micronutrientes e fitoquímicos, além de serem ricos em tipos insalubres de gordura dietética e aditivos. Características que favorecem o consumo excessivo de energia e, conseqüentemente, a obesidade. Doença que prejudica o crescimento saudável infantil (Stuckler; d. Monteiro, 2013).

O consumo deste tipo de alimento é totalmente prejudicial à saúde. Segundo Monteiro et al. (2013) produtos ultraprocessados dominam o abastecimento de alimentos dos países de alta renda e seu consumo está crescendo rapidamente em países de renda média.

Na pesquisa verificou-se que o mineral que mais está presente nos produtos encontrados é o sódio. Quando há o excesso do nutriente no sangue ocorre um desequilíbrio eletrolítico e pode-se ter como conseqüências maior retenção de líquido sobrecarregando o coração e rins, podendo levar ao quadro de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), acidentes cerebrais e vasculares, problemas renais entre outras complicações, prejudicando o crescimento saudável de uma criança, e podendo perdurar por toda a vida, levando até mesmo ao óbito (Buzzo, et al., 2014).

Dados indicam que 5% dos 70 milhões de crianças e adolescentes no Brasil são hipertensos, segundo dados da Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH, 2014). Nas crianças e adolescentes a hipertensão já está francamente associada ao excesso de peso e sedentarismo, e ao consumo exagerado de alimentos ultraprocessados. Por isso é importante diminuir o consumo desse mineral, possibilitando mais saúde às crianças e em sua fase adulta. Entende-se que a exposição excessiva de produtos ultraprocessados em locais de venda contribui para o aumento do consumo destes produtos por crianças e adolescentes.

O excesso de açúcar também é muito comum neste tipo de alimentos. Este excesso de açúcar livre na dieta aumenta o risco de ganho de peso excessivo e da obesidade, além de aumentar a incidência de cárie dental e o surgimento do DM. (Moynihan; Kelly, 2014). Como cita Rocha

(2013), a obesidade infantil é uma DCNT, já possui dados alarmantes no cenário atual (Cabrita, 2014).

A apresentação exagerada de produtos ultraprocessados, com alto teor de ingredientes açucarados, pode gerar ansiedade pelo consumo destes pelo público juvenil, muitas vezes não sendo possível o controle, o que deve levar ao consumo. Esta prática, além de acarretar problemas de saúde fisiológicos, também pode acarretar o hábito de uma alimentação com alto teor de açúcar para a vida adulta.

O consumo desmoderado de gordura, principalmente a saturada, é um fator preponderante no desenvolvimento de doenças cardiovasculares, dislipidemias, esteatoses hepáticas, e colesterol elevado (Machado; Weber, 2016). Este hábito deve ser evitado desde a infância.

A quantidade de fibras encontradas nos alimentos apresentou-se inferior ao recomendado. A ingestão insuficiente de fibras aumenta o risco de obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares e vários tipos de câncer, como de cólon e reto (Louzada, et al., 2015).

Como foi verificado pela literatura todos esses nutrientes (açúcar, sódio, gordura saturada) estão fortemente presente nestes alimentos que são oferecidos próximos aos caixas de supermercados. Alguns estudos mostram como as pessoas são influenciadas pelas embalagens, pela atração por esses produtos, inclusive pelo sabor, cor e preço. A oferta destes produtos gera um prejuízo para a saúde, principalmente pelas pessoas estarem nestes locais aguardando filas, e geralmente com fome. Fatores que estimulam tal consumo.

Verifica-se por estes conceitos a importância de evitar o consumo destes alimentos. A fase infantil é uma fase em que os alimentos naturais devem ser administrados às crianças, proporcionando o aporte de nutrientes em quantidade e qualidade corretas. Sem prejudicar suas funções vitais, de crescimentos entre outras. O ato de cozinhar deve ser ainda mais incentivado para os pais destas crianças, visto que são os responsáveis por este tipo de alimentação (Brasil, 2014).

Conclusão

Com todos estes conceitos e os dados encontrados na pesquisa conclui-se quão prejudiciais são os alimentos que são ofertados próximos aos caixas de supermercados, e o quanto esta oferta de produtos é ofensiva à saúde das crianças e da população de modo geral. Principalmente em uma geração de crianças nascidas em ambiente que estimula o sedentarismo, bem como o consumo excessivo e rotineiro de alimentos pouco saudáveis.

Os índices de obesidades são sérios e graves. E para evitar o crescimento da obesidade, é necessário que a população tenha consciência dos malefícios que esse fator de risco traz para a saúde.

Considera-se que as ofertas destes produtos estão contribuindo para este quadro, porém mais estudos precisam ser realizados para comprovar a pesquisa em questão, possivelmente analisando a compra e consumo por parte dos consumidores.

Referências Bibliográficas

Abeso, **Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica Diretrizes brasileiras de obesidade** / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. – 4.ed. - São Paulo, SP, 2016.

Abeso. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2009/2010**. 3º edição. São Paulo, 2010. Disponível em: 28 Mar 2017.

Andrade, Erika Natacha Fernandes de Cunha, Marcus Vinicius Da. John Dewey's psychological discourse. **Revista Brasileira de Psicologia**, São Paulo, v. 18, n. 53, p.339-494, Junho- 2013. Bourdieu, Esboço de uma teoria da prática. In.: ORTIZ, R. (org.). A sociologia de Pierre Bourdieu. Pág. 39 – 72. Olho d'Água. São Paulo, 2003.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar** – Departamento de Atenção Básica 2. ed. – Brasília, 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Buzzo, Márcia Liane; Maria de Fátima Henriques Carvalho; Edna Emy Kumagai Arakaki; Richard Matsuzaki; Daniel Granato, Carmen Silvia KIRA. High sodium contents in processed foods consumed by Brazilian population, **Revista do Instituto Adolfo Lutz**, São Paulo, Vol.41, n.1, 1981-, BR91, jan-mar, 2014

Cabrita, Bruno Miguel Oliveira. **A relação entre os açúcares adicionados e as doenças cardiovasculares**, Coimbra, 2014.

Cardoso, L.O. **Sobrepeso e obesidade atingem crianças e adolescentes cada vez mais cedo**. Revista Época. 2015. Disponível em: 23/04/2017.

CGPAN, **Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição**, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Manual das Cantinas Escolares Saudáveis, Promovendo a Alimentação Saudável, BRASÍLIA-DF, 2010.

Chicoski, Cristina Fedalto; Leticia Negreiros Alcantara. **OBESIDADE INFANTIL E SUAS IMPLICAÇÕES**, EDITORA UNIPLAC V4, nº1, pág. 5, 2016.

Cunha, Luana Francieli Da. **A IMPORTÂNCIA DE UMA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA NA EDUCAÇÃO INFANTIL, Discussões dos hábitos alimentares**. IBAITI, 2014.

Engler, Rita de Castro; Guimarães, Letícia Hilário; Lacerda, Ana Carolina Godinho de. **DESIGN E CONSUMO: A INFLUÊNCIA DA MÍDIA SOBRE A OBESIDADE**, Minas Gerais, 2016.

Gomes, Ana Lidia Garcia. **OBESIDADE INFANTIL: Uns quilos a mais hoje, uns anos a menos no**, Pará, 2013.

Louzada, Maria Laura da Costa et al. Ultra-processed foods and the nutritional dietary profile in Brazil. **Revista de Saúde Pública**. v.38, n. 49, p.1-11, 2015.

Machado, Tiffany Bustamante; Weber, Márcia Lopes. **Análise do teor de gorduras em alimentos industrializados consumidos pelo público infantil**, *Life Style*, v. 3, n. 2, p.44-58, 2016. Instituto Adventista de Ensino 2016.

Mancuso, Maria Cervato; Vincha, Kellem Regina Rosendo; Santiago, Débora Aparecida. **Educação Alimentar e Nutricional como prática de intervenção: reflexão e possibilidades de fortalecimento**. *Revista de Saúde Coletiva* n 26 Rio de Janeiro, 2016.

Martins, Ana Paula Bortoletto et al.; **Increased contribution of ultra-processed food products in the Brazilian diet (1987-2009)**, *Revista de Saúde Pública*, v. 47, n. 4, p.656-665, ago. 2013. FapUNIFESP.

Monteiro, A. et al. **Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system**. *Obesity* 5evieZ, v.14, Suppl.2, p.21-28, 2013.

Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/obr.12107/pdf>>.

Moynihan, P. J.; Kelly, S. A. M.. Effect on Caries of Restricting Sugars Intake: Systematic Review to Inform WHO Guidelines. **Journal Of Dental Research**, v. 93, n. 1, p.8-18, 9 dez. 2013. SAGE Publications.

Sisvan, OMS, **Curvas de Crescimento**, 2006; 2007 acesso em 23/05/2017 http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php?conteudo=curvas_de_crescimento.

Paiva, Márcia Regina de Souza Amoroso Quedinho. **A Importância da Alimentação Saudável na Infância e na Adolescência**, Departamento de Pediatria e Puericultura da ISCMSP, São Paulo, 2010.

Pedraza, Dixis Figueroa. Queiroz, Daiane de. **Micronutrientes no crescimento e desenvolvimento infantil**. Revista Journal of Human – Growth and Development, v.20 n°1, São Paulo, 2011.

Rocha, Lair Moema Da. **OBESIDADE – UM REVISÃO BIBLIOGRAFICA**, Belo Horizonte – MG, 2013.

Sahoo, K.; Sahoo, B, Bhadoria, A.S. **Childhood obesity: causes sand consequences**. Journal of Family Medicine and Primary Care, v.4, n.2, p. 187-192, 2015.

SBH, **Sociedade Brasileira de Hipertensão**, Revista Hipertensão Volume 17 - Número 3 - 4 Julho / Dezembro 2014.

Silva GA.; Costa KA. Giuliani ER. **Infantfeeding: beyond the nutritional aspects**. J Pediatria Rio de Janeiro, 2016.

Stuckler, Moodie R; D. Monteiro. **Cet al. Lucros e pandemias: prevenção de efeitos nocivos do tabaco, álcool e indústrias de alimentos e bebidas ultra processadas**. Brasília - DF 2013.

VIGITEL, Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde: **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília, 2014.

PERFIL DA POPULAÇÃO ATENDIDA EM UMA CLÍNICA DA FAMÍLIA DO DISTRITO FEDERAL

Marianna de Almeida Maciel Frech, mariannafrech@gmail.com, Universidade Católica de Brasília, Tayane Oliveira Pires, Universidade Católica de Brasília, tayaneoliveirap@gmail.com, Eduarda Vidal Rollemberg, dudarollemberg@gmail.com Eloá Fátima Ferreira de Medeiros, Universidade Católica de Brasília, eloamedeiros@gmail.com

Palavras Chaves: Epidemiologia. Atenção Primária. Prevalências.

Introdução

O processo de transição demográfica, epidemiológica e nutricional observada em todo o mundo, culminou na mudança de estilo de vida, potencializou o estresse, e todas as transformações que a sociedade sofreu implicaram no aparecimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que atualmente é considerada uma epidemia. Encontra-se nessa classificação todas as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, neoplasias e o diabetes *mellitus* (MS, 2008).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2005, 35 milhões de pessoas morreram de DCNT em todo o mundo. No Brasil foram mais de 600 mil pessoas, cerca de 74%, nesse mesmo ano. A taxa de mortalidade atinge 540 óbitos por 100 mil habitantes (MS, 2013). Ultrapassam as taxas de mortalidade por doenças infecciosas, parasitárias e causas externas, além de ser responsável por grande parte das morbidades e despesas com assistências hospitalar no SUS diretas (internações, medicamentos, tratamentos ambulatoriais), como indireta (perda de produção associada a essas doenças, aposentadorias precoces, entre outras questões) (MS, 2008. MS, 2013).

As DCNT são de origem multifatorial, das quais associam por períodos longos de exposição a fatores de risco, além do estilo de vida. Os fatores de risco podem ser não modificáveis, como sexo, idade e herança genética; ou modificáveis, comportamentais, tabagismo, alimentação, sedentarismo, consumo de drogas, álcool. Fatores socioeconômicos, culturais e ambientais potencializam os fatores de risco comportamentais, o que justifica a maior prevalência em países em desenvolvimento (MS, 2008).

A alimentação sofreu mudanças significativas em todo o mundo, efeitos diretos da globalização. Ocorreu uma redução no consumo de cereais, leguminosas e frutas e aumentou o acesso a alimentos industrializadas e de rápido preparo, com altas taxas de calorias, açúcares e

sódio (MS, 2008).

No ano de 2013, a Associação Médica Americana passou a designar a obesidade como uma doença crônica (GARVEY, 2016). Hoje ela é considerada um problema de saúde pública mundial (GARVEY, 2016; BROWN, 2016; LOBATO, 2015; DE OLIVEIRA, 2015) que atinge cerca de 17,4% da população brasileira (LOBATO, 2015), 500 milhões de pessoas no mundo (GARVEY, 2016) e que junto com o sobrepeso resulta na morte de 2,8 milhões de pessoas por ano no mundo (DE OLIVEIRA, 2015). As prevalências são semelhantes no sexo masculino e feminino, 52,6% e 44,7% respectivamente, porém com ligeira maioria entre os homens. Além disso, o excesso de peso responde por 58% dos doentes com diabetes tipo II, quase 40% de hipertensos, 21% de IAM, e mais de 10% dos casos de CA de cólon e reto (MS, 2013).

Investir em estratégias para reduzir os fatores de risco é a medida mais eficaz para diminuir a prevalência de DCNT. Sabendo disso, em 2011, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. As políticas públicas devem se adequar às realidades de cada região de saúde. O reconhecimento da realidade local, informações epidemiológicas, demográficas, infraestrutura, orienta o tipo de investimento necessário para melhor diminuir os fatores de risco das DCNT. Combater as desigualdades sociais, ou seja, melhorar os determinantes sociais, é prevenir as doenças crônicas e agravos decorrentes da evolução da doença (MS, 2008; MS, 2013).

O modelo de atenção à saúde integral em redes, na qual a atenção primária, estratégia de saúde da família, é a porta de entrada principal e o maior vínculo que os pacientes formam com profissionais da saúde, tem se mostrado o modelo mais eficiente para melhorar os fatores de risco, suprir os desafios epidemiológicos e melhorar os indicadores de saúde (MS, 2013).

A aderência do paciente ao tratamento é fundamental para o controle das DCNT. Segundo a OMS (2003), apenas 20% dos pacientes de países desenvolvidos aderem efetivamente ao tratamento. Uma equipe de estratégia de saúde da família completa, com profissionais capacitados, interfere diretamente nos índices de adesão ao tratamento, podendo identificar e intervir em falhas de execução do tratamento, como erros relacionados a medicação, atividade física, dieta e riscos de queda. (MS, 2013)

A atenção centrada na pessoa e na família, equipe preparada para acolher, é o preconizado pelo Ministério da Saúde. Observa que ao cuidar da pessoa como um todo, e não apenas preocupada com a doença, há uma melhora na qualidade de vida desse paciente, uma aproximação e consciência da importância de aderir ao tratamento. Conhecendo a realidade local e da família, a equipe tem condições de propor um cuidado continuado e programado, abordando em cada tempo

as necessidades do paciente (MS, 2013). Ao determinar a prevalência de doenças crônicas naquela região, a equipe pode propor intervenções e ações educativas visando o diagnóstico precoce, a prevenção e o controle da doença nos pacientes já diagnosticados. Desta forma, o presente artigo tem como objetivo determinar o perfil da população atendida pelas equipes de Estratégia Saúde da Família e a prevalências de doenças crônicas na Clínica da Família de Taguatinga- DF.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, de abordagem quantitativa, realizado na Clínica da Família 01 de Taguatinga em Areal de Brasília (CFT-01), situada no Distrito Federal. Essa UBS é responsável pelo atendimento de pacientes da região do Areal/DF e possui 3 equipes da Estratégia Saúde da Família, porém apenas uma delas é constituída de agentes comunitários. Além disso, a equipe multiprofissional do Núcleo de Apoio à saúde da Família (NASF) inclui nutricionista, assistente social, e médica homeopata. Ela foi inaugurada em setembro de 2012 e atualmente passa por nova territorialização e substituição dos prontuários físicos pelo sistema de prontuário eletrônico (TrakCare® 2015.1). Esse processo de reestruturação impediu a mensuração exata da quantidade de pacientes cadastrados nesta UBS.

Os dados foram coletados, por meio da análise de prontuários utilizando um instrumento, elaborado a partir de dados da literatura, contendo dados sociodemográficos, informações clínicas e laboratoriais e do tratamento de doenças crônicas. Para fins de validação do Instrumento, foram analisados 10% dos prontuários. As variáveis analisadas foram: idade, número de hipertensos, diabéticos, obesos e dislipidêmicos.

Para fins de análise, foram considerados os dados registrados em prontuário no de setembro/2012 a abril/2016. Foram incluídos os pacientes de todas as idades e de ambos os sexos. Foram analisados 1608 prontuários, sendo que 92 prontuários estavam em branco sendo, portanto, excluídos da pesquisa, totalizando 1516.

A análise dos dados foi realizada utilizando-se o pacote de dados Office for Windows, pela ferramenta Excel, sendo geradas tabelas básicas de frequência. Para toda e qualquer análise os dados foram anonimados de forma a garantir o sigilo dos pacientes.

Esta pesquisa, visando cumprir os referenciais básicos da bioética, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, assegurando os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado, de acordo com a Resolução nº 196/96 e diretrizes e normas aprovadas pela Resolução nº 466/2012, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS) sob o parecer consubstanciado nº 1.037.203/2015.

Resultados e Discussão

Foram analisados 1608 prontuários, sendo que destes 5,7 % (n=92) foram descartados por estarem em branco e 195 (n=310) continham apenas dados de crianças menores de 12 anos. Assim, foram considerados 75% (n=1206) prontuários, com dados completos dos pacientes e suas histórias clínicas.

Os pacientes foram distribuídos de acordo com a faixa etária conforme a TABELA 1. Considerando a população adulta atendida, é observado um predomínio de pacientes nas faixas etárias de 25 a 34 anos e de 35 a 44 anos. Já os idosos, maiores de 60 anos, não estão entre os mais atendidos, porém esses valores não significam que essa faixa etária busca menos atendimento. Para isso seria necessário avaliar a população de idosos que deveria ser atendida na clínica e comparar com a atendida. Não foram encontradas referências que utilizaram estas mesmas faixas de idade, mas SILVA, BOING E PERES (2015) verificaram, que pacientes que apresentam de 20 a 29 anos e de 30 a 39 anos, representam os grupos que mais procuraram atendimento no nordeste, nos anos de 2003 e 2008. O mesmo resultado foi obtido por uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010).

É importante destacar que os adolescentes correspondem apenas a 5% da população atendida. VIEIRA e colaboradores (2014), afirmam que existe uma baixa frequência de atendimento ao adolescente nos serviços da Estratégia de Saúde da Família e ainda aponta que existem poucas ações direcionadas para tal público.

Para a análise de DCNT, foram considerados apenas os prontuários de indivíduos com idade igual ou superior a 18, que totalizam 70% (n=1129) (TABELA 2).

Em relação a DCNT e as prevalências, a população estudada apresenta 26% de pacientes hipertensos. O inquérito telefônico, Vigitel (MS, 2017), encontrou que, aproximadamente 19% da população do Distrito Federal apresenta HAS e 22% da população brasileira é acometida por tal doença. Desta forma, o valor encontrado na presente pesquisa se aproxima da média nacional.

Os pacientes diabéticos representam 7% da amostra, valor próximo aos observado no DF e Brasil, que são de aproximadamente 6,5% (MS,2017).

TABELA 1: PACIENTES POR FAIXA ETÁRIA

PACIENTES POR FAIXA ETÁRIA		
FAIXA DE IDADE	TOTAL POR FAIXA (1515)	%
Até 12	310	20
12 - 17	77	5
18 - 24	153	10
25 - 34	232	15
35 - 44	227	15
45 - 54	212	14
55- 64	145	10
> 65	157	10
Sem idade registrada	2	< 1

TABELA 2: PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM PACIENTE ADULTOS (1129)		
GRUPO	Quantidade	Proporção
HAS	295	26%
DM	77	7%
EXCESSO DE PESO*	622	60%
DISLIPIDEMIA	137	12%

*Para a realização dos cálculos de porcentagem do excesso de peso foram excluídos 148, que não apresentavam registro de IMC, totalizando 1039.

Grande parte da população estudada (60%) apresenta o peso acima do normal. O inquérito telefônico de 2015 encontrou 46,5% de pessoas com excesso de peso no DF, mas no que tange o país, 52,3% da população encontra-se com o IMC superior a 25 Kg/m² considerado como sobrepeso (MS, 2017). A falta de registro, em prontuários, de parâmetros antropométricos interfere no cálculo do IMC e avaliação da circunferência abdominal, prejudicando a avaliação precisa dos índices de excesso de peso e avaliação de risco cardiovascular dos pacientes (ABESO, 2016; OLIVEIRA; FERREIRA; SANTOS, 2016).

O valor que menos se aproximou dos observados nacionalmente e do DF foi a de pacientes com dislipidemia, que correspondem apenas a 12% da população estudada, sendo que a prevalência das populações do DF e brasileira é de 22% (MS, 2017). Provavelmente esse fato ocorreu por descuido no preenchimento da história clínica e avaliação dos tratamentos realizados. Apenas 9,3% (n=106) pacientes apresentavam o diagnóstico de dislipidemia registrado, porém 12% (n=137) faziam tratamento farmacológico para dislipidemia simples e/ou mista. É importante ressaltar essa informação durante a consulta clínica, pois o tratamento deve ser realizado conforme avaliações clínicas constantes, além da recomendação não farmacológica, que interfere diretamente no sucesso terapêutico.

Conclusão

A importância de conhecer o perfil da região adstrita da Equipe de Saúde da Família e ter uma equipe capacitada e integrada é essencial para propor estratégias e planos de intervenção dentro da comunidade estudada. Neste estudo foi observado que os pacientes que mais utilizam os serviços da apresenta idades que variam de 25 a 44 anos, adultos jovens e início da meia idade, o que pode favorecer a atuação de serviços de prevenção e promoção da saúde.

Observou-se que os adolescentes procuram pouco a unidade e é importante pensar em alternativas estratégias para que os mesmos procurem mais o atendimento. Formar vínculo com as famílias, pais e mães, desses adolescentes, realizar visitas domiciliares, e parcerias com as escolas da região, por meio do Programa Saúde e Escola, e convidá-los para palestras de interesses desses adolescentes, são sugestões de estratégias para realizar aproximação desse público.

Algumas das doenças crônicas mais prevalentes no Brasil também foram verificadas em grande quantidade nesta pesquisa. A HAS, DM e excesso de peso apresentaram índices semelhantes à média nacional e distrital, permitindo avaliar a importância de ações de prevenção e promoção da saúde. A obesidade merece uma maior atenção dos profissionais de saúde visto que, além de ser

uma doença crônica, é um importante fator de risco para tantas outras e pode ter suas taxas controladas com mudanças no estilo de vida.

Conscientizar a mudança de estilo de vida, propor atividades para aumentar a aderência do paciente ao tratamento é um grande desafio para a equipe. Esse estudo teve como limitação o preenchimento incompleto de diversos prontuários e pode-se também propor estratégias de educação permanente aos profissionais que atuam nesse serviço, para conscientizá-los da importância dessas informações. Estudos futuros sobre essas intervenções e nova avaliação do perfil podem ser realizados com sucesso.

Referências Bibliográficas

1. BROWN, J.D. et al., 2016. Effects on cardiovascular risk factors of weight losses limited to 5-10. *Translational behavioral medicine*, 6(3), pp.339–46. Available at: <http://dx.doi.org/10.1007/s13142-015-0353-9>.
2. DE OLIVEIRA, M.L., SANTOS, L.M.P. & SILVADA, E.N., 2015. Direct healthcare cost of obesity in brazil: An application of the cost-of-illness method from the perspective of the public health system in 2011. *PLoS ONE*, 10(4), pp.1–15.
3. GARVEY, W.T. et al., 2016. AMERICAN ASSOCIATION OF CLINICAL ENDOCRINOLOGISTS AND AMERICAN COLLEGE OF ENDOCRINOLOGY COMPREHENSIVE CLINICAL PRACTICE GUIDELINES FOR MEDICAL CARE OF PATIENTS WITH OBESITY. *Endocrine practice : official journal of the American College of Endocrinology and the American Association of Clinical Endocrinologists*, 22 Suppl 3(2), pp.1–203. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27219496>.
4. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um Panorama da saúde no Brasil : acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde : 2008 / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro : IBGE, 2010. 256 p
5. LOBATO, J.C.P. et al., 2015. Correlation between mean body mass index in the population and prevalence of obesity in Brazilian capitals: empirical evidence for a population-based approach of obesity. *BMC public health*, 15(1), p.322.
6. MINISTÉRIO DA SAÚDE . Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Ministério da Saúde. Brasília/DF, 2013.

7. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. Ministério da Saúde. Brasília/DF, 2008.
8. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011- 2022. Ministério da Saúde. Brasília/DF, 2011.
9. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Vigitel Brasil 2015 Saúde Suplementar : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.
10. VIEIRA, Roberta Peixoto et al. Participation of adolescents in the Family Health Strategy from the theoretical-methodological structure of an enabler to participation. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2014, vol.22, n.2

PERFIL DO TRATAMENTO DOS PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS EM CLÍNICA DA SAÚDE DA FAMÍLIA DO DISTRITO FEDERAL

Tayane Oliveira Pires, Universidade Católica de Brasília, tayaneoliveirap@gmail.com, Marianna de Almeida Maciel Frech, mariannafrech@gmail.com, Universidade Católica de Brasília, Eduarda Vidal Rollemberg, dudarollemberg@gmail.com Eloá Fátima Ferreira de Medeiros, Universidade Católica de Brasília, eloamedeiros@gmail.com

Palavras Chaves: Diabetes Mellitus. Atenção Primária. Medicamentos.

Introdução

O Diabetes Mellitus (DM) constitui um distúrbio metabólico causado pelas alterações na ação e/ou secreção da insulina causando a hiperglicemia. (SBD,2016).

O diabetes é uma das doenças crônicas mais discutidas no mundo, devido ao aumento na prevalência, alta taxa de hospitalizações e de morbidade devido às complicações agudas e crônicas, provocando danos econômicos e sociais significativos. (ADA,2013) Com isso, em 2015, a Organização Mundial da Saúde (OMS) fez uma declaração visando implementar ações para prevenir o diabetes com o principal objetivo de controlar essa epidemia global. A OMS almeja, por meio da prevenção primária, prevenir novos casos, melhorar o rastreamento de pacientes que já possuem essa patologia, promover ações de cuidado que sejam efetivas e, desta forma, reduzir as complicações. (JESUS et.al.,2016)

Em 2013, a Federação Internacional do Diabetes (IDF) estima que a quantidade de pessoas com diabetes no mundo era de 387 milhões de pessoas e que 46% delas não tinham diagnóstico prévio. Para a América Central e a América do Sul, calcula-se cerca de 24 milhões de pessoas, com projeção de aumento de 60% em 2035. Para o Brasil, estima-se 11,9 milhões de diabéticos, podendo chegar a 19,2 milhões em 2035. De acordo com a Federação Internacional do Diabetes (IDF), em 2014, 4,9 milhões de pessoas foram a óbito por diabetes no mundo em 2014. Nesse mesmo ano, essa doença foi responsável por 11% do gasto total com a saúde de adultos, cerca de 612 milhões de dólares.(IDF,2015) No Brasil, em 2011, 5,3% dos óbitos ocorreram por causa dessa doença. (MALTA et.al.,2014) Segundo a OMS, em 2030, a diabetes será 7ª principal causa de óbitos no mundo. (GLOBAL HEALTH ORGANIZATION, 2010)

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) classifica o diabetes em quatro classes clínicas: Diabetes mellitus tipo 1 (DM1), Diabetes mellitus tipo 2 (DM2), Diabetes mellitus gestacional

(DMG) e outros tipos específicos de diabetes. (ADA,2013) Existem indivíduos que são considerados pré-diabéticos devido à glicemia de jejum ser entre 100 a 125mg/dL), sendo neste caso já presente a tolerância diminuída à glicose e um grande fator de risco para o desenvolvimento do Diabetes mellitus tipo 2 e de doenças cardiovasculares. (SBD,2016).

Em 90 a 95% dos casos de diabetes verifica-se a presença de DM2. Essa é caracterizada por irregularidade na ação e secreção da insulina e na regulação da síntese de glicose pelo fígado, gerando a hiperglicemia. Ela ocorre devido a uma interação de fatores genéticos e ambientais. Os fatores ambientais associados são obesidade, sedentarismo, dietas ricas em carboidratos e gorduras, entre outros. (SBD,2016).

Na fase inicial do DM2 os indivíduos podem ser assintomáticos, porém já apresentam hiperglicemia o que pode, se não tratado adequadamente, acarretar em complicações, como: a nefropatia, neuropatia e retinopatia diabética. Portanto, o tratamento deve ser instituído o mais breve possível, com intervenções não farmacológicas (alimentação com redução de açúcares e atividade física) e farmacológicas (anti-hiperglicemiantes).(JESUS et.al.,2016)

Para o acompanhamento desta doença é de extrema importância o controle dos níveis glicêmicos e metabólicos, além do incentivo às práticas de autocuidado que visam um controle glicêmico adequado e a prevenção de infecções. Também deve-se explicar ao paciente que a diabetes não tem cura, mas que ele pode ter uma qualidade de vida excelente caso faça adesão ao tratamento. (JESUS et.al.,2016)

Diante do exposto, fica evidente a importância de se investigar as características da população com DM, pois desta forma pode-se propor estratégias específicas de tratamento e acompanhamento na atenção básica. Assim, essa pesquisa tem o objetivo de analisar o perfil do tratamento utilizado pelos pacientes diabéticos atendidos em uma Clínica da Família do Distrito Federal.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, de abordagem quantitativa, realizado na Clínica da Família 01 de Taguatinga em Areal de Brasília (CFT-01), situada no Distrito Federal. Essa UBS é responsável pelo atendimento de pacientes da região do Areal/DF e possui 3 equipes da Estratégia Saúde da Família, porém apenas uma delas é constituída de agentes comunitários. Além disso, a equipe multiprofissional do Núcleo de Apoio à saúde da Família (NASF) inclui nutricionista, assistente social, e médica homeopata. Ela foi inaugurada em setembro de 2012 e atualmente passa por nova territorialização e substituição dos prontuários físicos pelo sistema de

prontuário eletrônico (TrakCare® 2015.1). Esse processo de reestruturação impediu a mensuração exata da quantidade de pacientes cadastrados nesta UBS.

Os dados foram coletados, por meio da análise de prontuários utilizando um instrumento, elaborado a partir de dados da literatura, contendo dados sociodemográficos, informações clínicas e laboratoriais e do tratamento de doenças crônicas. Para fins de validação do Instrumento, foram analisados 10% dos prontuários. As variáveis clínicas analisadas foram o número de diabéticos, IMC de pacientes diabéticos e tratamentos farmacológicos realizados.

Para fins de análise, foram considerados os dados registrados em prontuário no de setembro/2012 a abril/2016. A pesquisa foi realizada entre julho de 2016 e maio de 2017. De um total de 1608 prontuários, foram excluídos 92 prontuários que estavam em branco e 387 que eram de pacientes menores de 18 anos. Desta forma, foram analisados 1129 prontuários.

Para a determinação de diagnóstico de DM foi considerado o diagnóstico realizado pelo médico e documentado em prontuário, conforme as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2016).

A análise dos dados foi realizada utilizando-se o pacote de dados Office for Windows, pela ferramenta Excel, sendo geradas tabelas básicas de frequência. Para toda e qualquer análise os dados foram anonimados de forma a garantir o sigilo dos pacientes.

Esta pesquisa, visando cumprir os referenciais básicos da bioética, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, assegurando os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado, de acordo com a Resolução nº 196/96 e diretrizes e normas aprovadas pela Resolução nº 466/2012, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS) sob o parecer consubstanciado nº 1.037.203/2015.

Resultados e Discussão

Foram analisados 1129 prontuários de pacientes atendidos na Clínica da Família e destes 6,8% (n=77), apresentavam o diagnóstico de Diabetes. Essa prevalência é semelhante ao apresentado pela Vigitel (MS,2017).

Observou-se uma prevalência de mulheres com diagnóstico de DM. Estas correspondem a 56% dos pacientes com a doença e os homens a 44%. Dados do MS (2017) não verificaram a prevalência de DM entre os sexos, mas foi registrado que entre mulheres há um maior número de diagnósticos, quando comparado as proporções encontradas entre o ao sexo masculino.

Na TABELA 1 apresenta o perfil de uso de medicamentos anti-hiperglicemiantes pelos pacientes diabéticos da Clínica da Família distribuídos por classes medicamentosas. Nota-se que as biguanidas estão presentes no tratamento farmacológico de 90% (n=69) dos pacientes e as sulfonilureias em 47% (n=35). As insulinas foram prescritas para 30% (n=23) dos diabéticos e apenas 1 paciente não faz uso de tratamento medicamentoso, apenas referem dieta e atividade física. Não foi possível avaliar se todos os pacientes realizavam o tratamento não farmacológico, pois essa informação não foi descrita em prontuário, apesar de ser recomendado para pacientes desde o início do diagnóstico.

TABELA 1: Principais Classes de medicamentos utilizadas por pacientes diabéticos tipo 2 em CFT - 01

CLASSE	SULFONILUREIAS	BIGUANIDAS	INSULINAS	OUTROS	SEM MEDICAMENTO
QUANTIDADE	35	69	23	3	1
PROPORÇÃO	45%	90%	30%	4%	1%

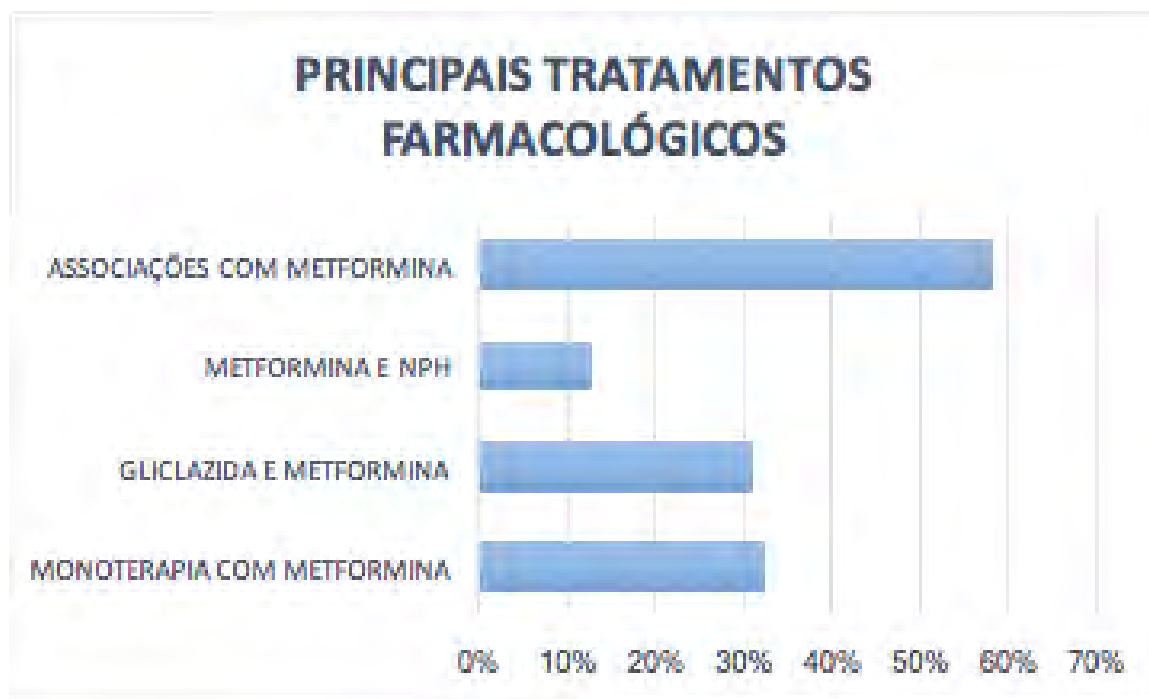
No Gráfico 1 é possível avaliar os princípios ativos prescritos e as principais associações medicamentosas. O principal esquema terapêutico prescrito 32% (n=25) foi a monoterapia com metformina, seguido pela associação de metformina com Gliclazida, que corresponde a 31% (n=24). As sulfonilureias estão presentes em 45% (n=35) das prescrições. Esses esquemas estão em consonância com o preconizado nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2016). No caso de pacientes diagnosticados diabéticos, com sintomas leves e glicemia de jejum inferior a 200 mg/dl, a primeira escolha é a metformina e com sintomas moderados e/ou glicemia de jejum 200 e 300mg/dL é recomendada a associação medicamentosa da metformina com um segundo anti-hiperglicemiante. Com relação a associação com a gliclazida, ele é justificado, pois essa sulfonilureia é a que possui a melhor proteção cardiovascular (SBD,2016).

O uso de insulina, em associação com a metformina, representa 30% (n=23) das prescrições da população diabética e também está condizente ao recomendado pela SBD, 2016, paciente com sintomas mais agravados e/ou glicemia de jejum acima de 300mg/dL. Observa-se que na CFT-01 há um predomínio na prescrição de NPH, quando comparada às outras insulinas, que está presente em

23% (n=18) das prescrições. É possível observar no Gráfico 1, que a associação entre metformina e NPH é a quarta associação mais utilizada pelos pacientes.

A ausência de pacientes em uso de insulino terapia plena pode estar relacionado com o nível de atenção à saúde que a Clínica da Família está inserido, pois em casos mais complexos são encaminhados para serviços especializados.

Gráfico 1: Principais Tratamentos Farmacológicos utilizados por pacientes da CFT - 01



Observou-se também que 87% (n=69) pacientes diabéticos também apresentam excesso de peso. O sobrepeso e obesidade são fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, diabetes mellitus e doença coronariana e o risco está diretamente relacionado ao aumento do IMC [6]. Já existem estudos demonstrando que pessoas com sobrepeso ou obesidade possuem um risco três vezes maior de desenvolverem diabetes. Além disso, para um ganho de 10% no peso corporal, há aumento de 2 mg/dl na glicemia em jejum e, por isso, indivíduos com IMC entre 33 e 35kg/m² possuem um risco 50% maior de desenvolver diabetes. (ADA,2013) Estima-se que cerca de 80 a 90% dos diabéticos tipo 2 estão acima do peso, o que é observado também na população diabética nesse estudo.

Conclusão

O presente estudo verificou que a população da CFT-01 apresenta uma prevalência de 6,8% de pacientes com DM e 56% destes são do sexo feminino.

Em relação às prescrições é observada a preferência pela metformina como monoterapia ou com associações, o que, de uma forma geral, está de acordo com o preconizado pelas Diretrizes da SBD, demonstrando que os profissionais estão atentos às recomendações clínicas de tratamento farmacológico.

Nota-se que grande parte da população diabética apresenta excesso de peso. Por isso, é importante que os profissionais incentivem as mudanças no estilo de vida como forma de tratamento não medicamentoso. Fica ressaltada também a importância de uma abordagem multidisciplinar do paciente na atenção básica, com a associação de um tratamento farmacológico e da mudança de estilo de vida. Ao conhecer o perfil dos pacientes é possível propor atividades educativas adequadas, com orientações direcionadas às necessidades da população ou até a criação de grupos de apoio com atividades que possam promover aprendizado entre os próprios pacientes. É interessante orientar o paciente que a adesão ao tratamento não medicamentoso pode reduzir o uso de medicamentos, evitar complicações e melhorar sua qualidade de vida. Porém, como limitação do estudo, não foi possível avaliar as prescrições não farmacológicas e as dificuldades encontradas pelos pacientes. Desta forma, sugere-se em estudos posteriores a busca por informações que auxiliem os pacientes no melhor resultado terapêutico.

Referências Bibliográficas

- 1) SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016) / Adolfo Milech...[et. al.]; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.
- 2) AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, Virginia, U.S., v. 36 (supl. 1): p.67-74,2013.
- 3) JESUS,D.M.et.al. **Diabetes Mellitus Tipo2: ações de enfermagem na prevenção e controle dos pacientes obesos e com alto índice glicêmico.Revista Acreditação**. 2016,v. 6, n. 11.
- 4) International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 7th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2015 [acesso em 2016 Out 11]. Disponível em: http://www.idf.org/sites/default/files/EN_6E_Atlas_Full_0.pdf
- 5) WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on non-communicable diseases 2010**. Geneva: World Health Organization; 2011.
- 6) Escobar, F.A.Relação entre Obesidade e Diabete Mellitus Tipo II em Adultos. **Cadernos UniFOA**. Volta Redonda, ano IV, n. 11, dezembro 2009.
- 7) Disponível em: <<http://www.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/11/69.pdf>>

- 8) Malta DC, Moura L, Prado RR, Escalante JC, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol Serv Saude*. 2014 dez;23(4):599-608.
- 9) Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013; *Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 24(2): 305-314, abr-jun 2015*.
- 10) SILVEIRA, L.A.G. CORRELAÇÃO ENTRE OBESIDADE E DIABETES TIPO 2. Pós-graduação Latu-Sensu em Fisiologia do Exercício e Avaliação-Morfofuncional Universidade Gama Filho. Disponível em: <http://www.saudeemmovimento.com.br/revista/artigos/vida_e_saude/v2n2a1.pdf>

PERSPECTIVA DOS HOMENS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Renata Miranda Ferreira, Universidade Católica de Brasília, miirandar@outlook.com, Maria Raila de Sousa Sampaio Universidade Católica de Brasília, railasampaio28@gmail.com, Tharsila Martins Rios da Silva, Universidade Católica de Brasília, tharsilarios@gmail.com.

Introdução:

A inclusão dos homens na Atenção Primária à Saúde é um desafio às políticas públicas, pois estes não reconhecem a importância da promoção e prevenção de doenças como questões associadas à sua saúde. O presente estudo teve como objetivo conhecer a perspectiva dos usuários do sexo masculino sobre o atendimento a eles oferecido no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Buscou-se também, identificar as principais dificuldades vivenciadas, desta população masculina, para ir à procura, ter acesso e aderir à assistência à saúde nos níveis básicos.

Materiais e métodos:

Trata-se de um estudo qualitativo ancorado no referencial teórico da Hermenêutica-dialética. A coleta de dados ocorreu nos meses abril e maio de 2017, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Católica de Brasília e Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), sob o parecer nº 2.028.202. Foi realizada em dois centros de saúde de Ceilândia-DF, por meio da aplicação de um questionário sociodemográfico e de entrevistas abertas, semiestruturadas e individuais a homens entre 20 e 50 anos de idade que se encontravam em situações de acompanhantes ou usuários dos centros de saúde. A análise de dados foi feita à luz hermenêutica-dialética.

Resultado e discussão:

Dos entrevistados 60% apresentavam idades entre 30 e 40 anos, 65% se autodeclararam como pardos, 60% eram casados, com média de 1 a 3 filhos. Quanto à escolaridade 50% dos entrevistados têm ensino médio completo e apenas 10% possuíam ensino superior. A média salarial dos entrevistados (75%) foi de 1 a 2 salários mínimos. A partir da análise das entrevistas geraram-se seguintes categorias: o motivo de estarem no centro de saúde; a frequência e razões de busca ao atendimento; acolhimento/recepção no Centro de Saúde e diferença entre o hospital; dificuldades encontradas e recomendações de melhorias; conhecimento da população masculina sobre os programas e serviços oferecidos no Centro de Saúde; e Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Conclusões:

Evidenciou-se que a população masculina, atualmente, está mais presente nos centros de saúde, tanto como acompanhante quanto como usuário, mas ainda pouco participante na prevenção em saúde e a falta de informação da população quanto à distribuição dos serviços de saúde. É necessária a qualificação do profissional em suas competências – para o enfermeiro, o resgate de habilidades educativas - e no contexto sociodemográfico e cultural no qual está inserido o homem, para saber identificar a necessidade individualizada e específica de cada grupo populacional, assim será possível a implementação da PNAISH, tratamento correto e eficaz à população masculina e maior inserção destes nos serviços de atenção primária.

Palavra-chave: Saúde do homem. Homens. Atenção Primária à Saúde.

PESQUISA DE AUTOANTICORPOS CONTRA EXOSSOMAS PLASMÁTICOS EM PACIENTES COM ARTRITE REUMATOIDE.

Amanda Souza Rosa, Arthur Victor Cardoso do Sacramento, Rinaldo Wellerson Pereira, Fernando Vianna Cabral Pucci

Palavras-chave: doença autoimune; artrite reumatoide; vesículas extracelulares; exossomas

Introdução:

A Artrite Reumatoide (AR) é uma doença autoimune muito comum na qual as articulações são acometidas, podendo levar a deformidades ósseas e cuja patogênese não está totalmente esclarecida. Enquanto que as vesículas extracelulares, como os exossomas, são importantes moduladores da resposta imune. Nas doenças autoimunes como a AR, a presença de autoanticorpos contra exossomas levaria ao desarranjo da resposta imune o que contribuiria para esclarecer melhor a patogênese da doença.

Materiais e métodos:

O estudo foi dividido em: grupo I pacientes com AR ativa e grupo II indivíduos saudáveis sem histórico familiar de doença autoimune. Em ambos, foram coletados tubos com anticoagulante (centrifugado imediatamente para obter o plasma) e mais um sem para soro. Foram realizadas várias centrifugações do plasma para depletar plaquetas, restando o plasma livre de plaquetas que foi ultracentrifugado para obtenção de um purificado de exossomas (exo). Foi feita a quantificação e avaliação do tamanho destes utilizando a técnica Tunable Resistive Pulse Sensing (TRPS) do sistema QualityNano (Qnano). Para demonstrar a existência de autoanticorpos contra exossomas, foi feita incubação de soro I + exo II e depois filtrados, sendo quantificados antes e após para observar se havia redução na leitura. O procedimento feito também em pools, porém sem a etapa de filtração, bem como com PBS1x. Para descartar a presença de autoanticorpos do grupo II, foi feita leitura com soro II + exo II.

Resultado e discussão:

No total, foram coletados 23 indivíduos do grupo I e 22 do grupo II. Foi observada uma concentração média de $2,73 \times 10^{10}$ partículas/ml e tamanho médio de $117 \pm 45,9$ no grupo I e concentração bruta de $4,46 \times 10^{10}$ partículas/ml e tamanho médio $107,8 \pm 32,2$ no grupo II. Em

relação ao tamanho das partículas quantificadas, estas estão próximas ao diâmetro dos exossomas (30-100 nm). Já a concentração variou de paciente para paciente, sendo maior ou menor em relação aos indivíduos saudáveis. Quando incubados exo II com soro I, pôde ser observada a redução da leitura após filtração, o que indicaria a formação de imunocomplexos, estes retidos no filtro, devido ligação dos autoanticorpos dos pacientes com os exossomas controle. Quando incubados os pools de soro e exo, a leitura com um poro de maior diâmetro permitiu observar aumento da leitura mais evidente no exo II + soro I. Já no caso do exo II + soro II, a leitura diminuiu, o que exclui a possibilidade de autoanticorpos no grupo controle.

Conclusão:

Os resultados demonstram haver uma relação entre os exossomas e a produção de auto anticorpos na AR. Além disso, exclui a possibilidade de haver os mesmos autoanticorpos nos indivíduos controle. Desta forma, os autoanticorpos se ligariam a essas microvesículas impedindo o seu papel imunorregulador, tendo como consequência o desarranjo da resposta imune que desencadearia em uma doença autoimune. Entretanto, ainda é necessária uma melhor caracterização com a sua identificação por meio da técnica de Western blot, além da sua visualização na microscopia eletrônica com anticorpos conjugados a partículas de ouro.

PLANEJAMENTO, SÍNTESE E AVALIAÇÃO DE INIBIDORES DE HISTONA DESACETILASES, CANDIDATOS A ANTIMALÁRICOS

Daniella Angela Benetti, Núcleo de Medicina Tropical, Universidade de Brasília - DF,

daniellabenetti@hotmail.com

Luiz Antonio Soares Romeiro, Núcleo de Medicina Tropical, Universidade de Brasília - DF,

lasromeiro@gmail.com

Palavras chave: malária, epigenética, LCC, *plasmodium*, cardanol

INTRODUÇÃO

A malária, uma das doenças parasitárias de maior emergência em países tropicais, tem como agentes etiológicos protozoários do gênero *Plasmodium* e é transmitida ao homem pela picada de mosquito do gênero *Anopheles*. Há cinco espécies de parasitas que causam a malária em seres humanos, e duas destas espécies – *P. falciparum* e *P. vivax* – representam maior ameaça à saúde mundial (Brabb et al. 2012). A espécie *P. Knowlesi*, conhecida por infectar espécies de macacos no Sudeste da Ásia, tem sido recentemente identificada em humanos e relacionada aos casos mais severos da doença, fatos que preocupam profissionais de saúde, uma vez que poucos estudos foram realizados sobre os mecanismos de infecção desta espécie (Ahmed 2015). Dados da Organização Mundial da Saúde (2015) afirmam que aproximadamente 3,2 bilhões de pessoas – quase metade da população do mundial – estavam em risco de contrair a doença. Estimativas do mesmo ano confirmaram 214 milhões de casos de malária e 438.000 mortes. No Brasil, mais de 100 mil casos foram confirmados nos últimos anos, a maioria na região Amazônica, mas com significativa diminuição desde a identificação das espécies prevalentes no país – *P. falciparum*, *P. vivax* e *P. malariae* – e a implantação de programas de controle da doença (Anon 2016; Oliveira-ferreira et al. 2010).

O ciclo de vida do *Plasmodium* no ser humano tem como principal alvo as células eritrocitárias, onde invadem e aumentam rapidamente sua biomassa, originando ativação da resposta imunológica, causando febre e levando aos demais processos patológicos, como a perda de eritrócitos (anemia) e sequestro de eritrócitos infectados em leitos microvasculares (malária cerebral) (1). Embora outras espécies mencionadas anteriormente possam causar sintomatologia grave da malária, podendo levar à morte, *P. falciparum* continua sendo a espécie conhecida por

ocasionar, em sua maioria, a forma letal da doença, conhecida por malária severa (Autino et al. 2012).

Não existem ainda vacinas eficazes contra a malária e a estratégia do controle de transmissão por meio de mosquiteiros tratados com inseticidas está diminuindo como o aumento da resistência, principalmente entre os mosquitos na África (Ranson et al. 2011). Neste contexto, o controle da malária vem se tornando dependente de tratamentos farmacológicos (Santos & Torres 2013) que incluem quinolinas, antifolatos e derivados de artemisininas, administrados sozinhos ou em combinação (Brabb et al. 2012; BRASIL 2001).

Uma vez que a resistência aos medicamentos existentes – preocupação para pesquisadores e autoridades de saúde – tem aumentado frente a algumas espécies, como já relatado para *P. falciparum*, o desenvolvimento de novas moléculas que combatam a doença tem se intensificado (Parija & Praharaj 2011). Recentes estudos têm utilizado da epigenética para explicar o desenvolvimento do parasito no hospedeiro e no desenvolvimento de novas moléculas que o impeçam (Cui & Miao 2010; Coleman & Duraisingh 2008)

A epigenética refere-se a alterações herdadas no fenótipo ou expressão de genes que são causados por outros mecanismos que não alteram a sequência de DNA (Berger et al. 2009). Um desses mecanismos envolve a modificação da cromatina. No nucleossomo, a acetilação das histonas é um processo reversível e é controlado pelas histonas acetiltransferases (HATs) e histonas desacetilases (HDACs). Este processo envolve a adição ou remoção de grupos acetila às lisinas presentes nas caudas das histonas e está relacionado à transcrição gênica, em que a acetilação configura a cromatina para a forma mais descondensada e transcricionalmente ativa, enquanto a desacetilação é responsável pela forma inversa (Chaal et al. 2010). Em humanos, muitos processos celulares são controlados a partir do equilíbrio da ação destas duas enzimas, bem como aqueles relacionados à resposta imune e ciclo celular (Choudhary et al. 2009; Shakespear et al. 2011). Em *Plasmodium falciparum* *PfHDAC-1* e *PfSir2*, enzimas HDAC já caracterizadas e homólogas à classe encontrada em seres humanos, que estão envolvidas no desenvolvimento do parasita no hospedeiro, são utilizadas em diversos estudos como marcadores intracelulares no desenvolvimento de agentes antimaláricos (Chaal et al. 2010; Patil et al. 2010; Engel et al. 2015).

HDACs das classes 1, 2 e 4 contêm em seu sítio ativo um cátion bivalente de Zinco, que pode interagir com grupos funcionais com afinidade a este metal (Vickers et al. 2012). Inibidores de HDAC (HDACi) são caracterizados por possuírem um grupo de reconhecimento de superfície (Cap), uma cadeia hidrofóbica (espaçador) e um grupo ligante ao Zinco (ZBG), como ácido hidroxâmico, tióis, ácidos carboxílicos, cetonas e 2-aminoanilida (16). Os HDACis afetam o

equilíbrio reversível de acetilação das histonas modificando a expressão de genes envolvidos no crescimento celular, na progressão do ciclo celular e na resposta imune do hospedeiro (Marks & Xu 2009; Schotterl et al. 2015). Vários estudos realizados têm demonstrado que HDACs possuem potencial ação antiparasitária, e são foco para o desenvolvimento de novos antimaláricos (Andrews et al. 2008; Agbor-Enoh et al. 2009).

O líquido da casca da castanha de caju (LCC) é uma das ricas fontes de lipídeos fenólicos não isoprenoides (ácidos anacárdicos, cardóis, cardanóis e metilcardóis). Considerado um subproduto de fonte renovável, biodegradável e de baixo custo, o LCC tem sido empregado como matéria-prima em diferentes segmentos e aplicações industriais. Devido à sua natureza biofórica (caráter aromático e acíclico), os derivados fenólicos do LCC apresentam requisitos estruturais relevantes ao reconhecimento molecular de diferentes alvos terapêuticos, como, por exemplo, inibidores enzimáticos, moduladores de receptores, além dos perfis antimicrobiano e antiparasitário (Sung et al. 2008; Tan et al. 2012).

Esta proposta visa, desta forma, a síntese e a avaliação de agentes inibidores de HDAC planejados a partir de derivados do líquido da casca da castanha de caju.

MATERIAIS E METODOS

Os procedimentos experimentais em Síntese Orgânica foram realizados no Laboratório de Desenvolvimento de Inovações Terapêuticas (LDT) do Núcleo de Medicina Tropical da Universidade de Brasília.

Os reagentes e solventes químicos utilizados neste trabalho foram adquiridos das indústrias Sigma-Aldrich® (EUA) e Tedia® (EUA). Trietilamina (TEA) e diclorometano (DCM) foram previamente secos com hidreto de cálcio e destilados antes do uso.

As reações foram realizadas sob agitação magnética, à temperatura ambiente ou em aquecimento. Para as reações realizadas sob radiação micro-ondas foi utilizado micro-ondas doméstico Brastemp®, modelo BMK38ABHNA JetDeFrost com capacidade de 38 L e potência de 900 W sem agitação magnética.

As reações foram monitoradas por cromatografia em camada delgada (CCD) por meio de cromatofolhas (5,0 x 1,5 cm) de alumínio de Kieselgel 60 F254 com espessura de 0,25 mm (SILICYCLE®) e reveladas em de lâmpada de UV (254-366 nm), o que permitiu o cálculo do fator de retenção (Rf) de cada substância. Para a purificação dos compostos, foi utilizada a cromatografia em coluna de sílica gel G60 (70-230 mesh ou 230-400 mesh) SILICYCLE® bem como sistema de

isolamento cromatográfico acelerado (*Isolera™ Spektra Systems with ACI™*) em coluna Biotage®. Os pontos de fusão, não corrigidos, foram determinados em aparelho MQAPF-302.

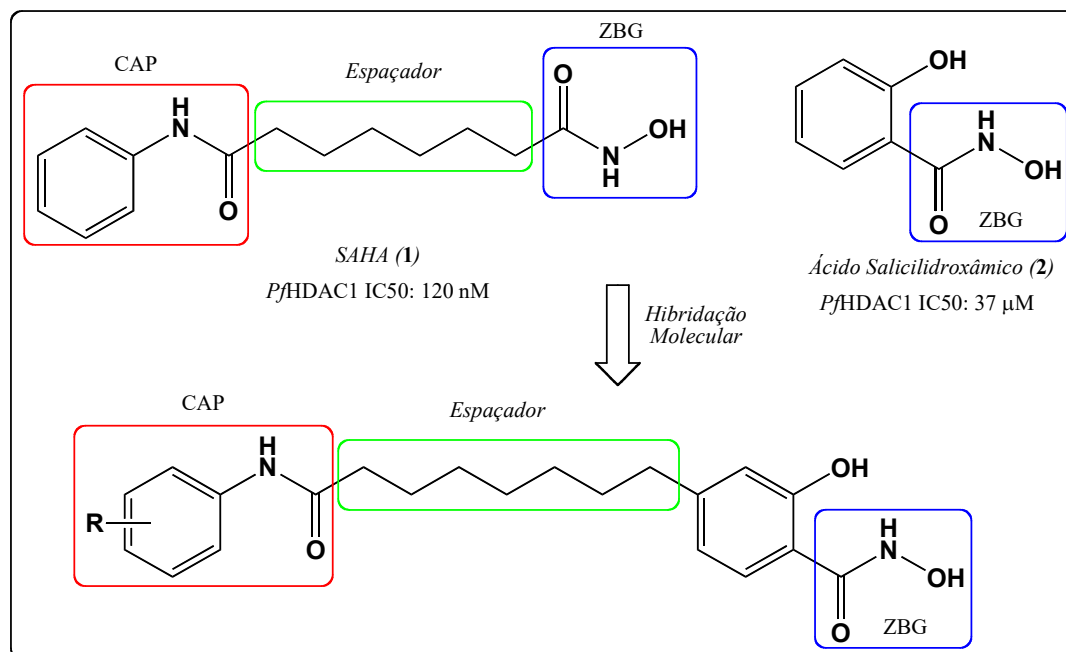
A evaporação dos solventes foi realizada em evaporador rotatório Tecnal® TE-211, à pressão reduzida, variando entre 10 e 0,1 mmHg, e em temperaturas entre 40 e 60 °C.

Os espectros de ressonância magnética nuclear de hidrogênio (^1H RMN – 300 MHz ou 500 MHz) e carbono-13 (^{13}C RMN – 75 MHz ou 125 MHz) foram obtidos em aparelho Bruker Avance DRX300 e DRX500 do Centro Nordestino de Aplicação da Ressonância Magnética Nuclear (CENAUREMN) da Universidade Federal do Ceará (UFC), utilizando tetrametilsilano (TMS) como referência interna. Os valores de deslocamento químico (δ) são referidos em parte por milhão (ppm) em relação ao TMS e as constantes de acoplamento (J) em Hertz (Hz). As áreas dos sinais foram obtidas por integração eletrônica e suas multiplicitades descritas como: simpleto (s); sinal largo (sl); duplete (d); tripleto (t); quarteto (q); quinteto (qi) e multiplete (m).

Os espectros na região do infravermelho (IV) serão ainda realizados e obtidos por espectrofotômetro Perkin Elmer Spectrum BX, utilizando pastilhas de brometo de potássio (KBr) ou na forma de filme líquido em placa de cloreto de sódio (NaCl). Os valores para as absorções ($\nu_{\text{máx}}$) são referidos em números de ondas, utilizando como unidade o centímetro recíproco (cm^{-1}). Os espectros de massas serão realizados no Laboratório de Espectroscopia do Instituto de Química da Universidade de Brasília e obtidos em aparelho de alta resolução TripleTof 5600+ (Sciex, Ontario, Canada) por análise de injeção de fluxo usando cromatógrafo líquido (Eksigent UltraLC 100, Sciex) a velocidade de fluxo de 0,3 mL/min. Uma fonte de íon Duospray (ESI) será utilizada para e os espectros de massas obtidos no modo positivo na faixa de massas de 100 a 100 Da utilizando calibração externa. Os dados serão analisados pelo software PeakView v2.1 software.

Planejamento Estrutural

Os novos compostos foram planejados a partir da estratégia de hibridação molecular entre o SAHA (**1**) e o ácido salicilidroxâmico (**2**). A subunidade CAP será representada por aminas aromáticas substituídas – variação que visa o estabelecimento de relações estrutura-atividade (REA) – enquanto que o grupo ZBG será composto pelo ácido **2**. O espaçador entre as subunidades CAP e ZBG, encontrado no SAHA, será composto com 8 unidades metilênicas característica dos derivados do LCC após clivagem oxidativa. (Esquema 1). Os novos padrões moleculares permitirão a identificação de características estruturais relevantes para o perfil de atividade desta classe de compostos como uma nova alternativa terapêutica.



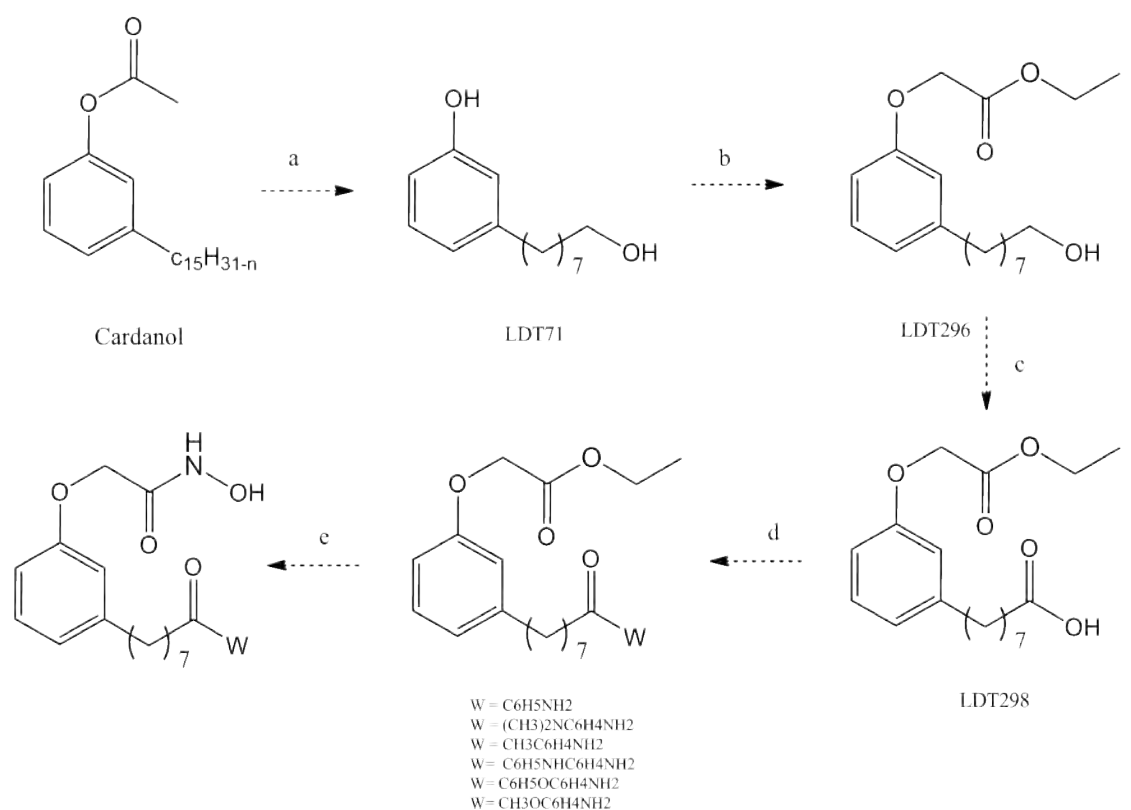
Esquema 1 – Planejamento Estrutural de HDACis

Descritores Físico-Químicos

As propriedades físico-químicas dos derivados serão obtidas com o auxílio do programa Percepta/ACD labs versão 12. Serão gerados os descritores referentes ao coeficiente de partição (logP), o coeficiente de ionização ácida (pKa), o coeficiente de distribuição (logD) em pH 7.4 para espécies iônicas, a área de superfície polar (PSA) e coeficiente de solubilidade (LogS).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O planejamento sintético propôs até o presente momento a obtenção de cinco novas moléculas candidatas a inibidores de histona desacetilases (iHDACs) a partir do Líquido da Catanha de Caju (LCC). As metodologias empregadas compreenderam procedimentos clássicos de conversão de grupos funcionais, tais como acetilação em aquecimento assistido por radiação microondas, Ozonólise seguida de redução com boridreto de sódio, *O*-alquilação com bromoacetato de etila, oxidação de álcoois com reagente de Jones, amidação via cloreto de tionila e a obtenção dos derivados hidroxâmicos via aminólise com hidroxilamina em condições experimentais à temperatura ambiente ou sob aquecimento brando em banho de óleo.



a: i. Ac₂O, H₃PO₄, MO; ii. O₃, O₂, DCM, MeOH, -78°C iii. NaBH₄; b: BrCH₂CO₂Et, K₂CO₃, Me₂CO, ta. c: CrO₃ aq, H₂SO₄, Me₂CO, CHCl₃, ta
 d: SOCl₂, C₃H₇NO, C₆H₁₄, refluxo, 2h, DCM, TEA, refluxo 2h.. e: NH₂OH, HCl, KOH, MeOH, ta 48h, refluxo, 70°C, 10h

Esquema 2. Estratégia sintética para obtenção dos derivados-alvo

Os compostos estão sendo caracterizados por métodos espectroscópicos de análise região do infravermelho (IV), RMN de ¹H e de ¹³C e espectrometria de massas. As características físico-químicas PSA, logS, logP, logD e pKa serão calculadas no programa Percepta/ACD Labs, versão 2014. E passarão, ainda, por avaliação biológica in vitro no intuito de observar a ação de inibição em HDACs e a diminuição da parasitemia em monócitos e macrófagos infectados, serão realizados ensaios de Citotoxicidade por MTT, avaliação das Relações Estrutura-Atividade, Determinação do Potencial Hemolítico, entre outros.

CONCLUSÕES

Até o presente momento, foram sintetizados a partir do Cardanol, principal componente do líquido da castanha de caju, cinco compostos candidatos à antimaláricos que estarão ainda sendo avaliados quanto sua ação inibitória em Histonas Desacetilases e ação antimalárica no decorrer deste projeto.

Espera-se que os novos compostos sintetizados a partir do líquido da castanha de caju, apresentem melhor perfil de atividade sobre Histonas Desacetilases de *Plasmodium Falciparum*

quando comparado com ácido salicilhidroxâmico, inibindo a ação destas enzimas e auxiliando a resposta imune do hospedeiro, atuando como potencial antimalárico.

REFERÊNCIAS

- Agbor-Enoh, S. et al., 2009. Novel inhibitor of Plasmodium histone deacetylase that cures P. berghei-infected mice. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, 53(5), pp.1727–1734.
- Ahmed, M.A., 2015. Plasmodium knowlesi – an emerging pathogen. , 10, pp.134–140.
- Andrews, K.T. et al., 2008. Potent Antimalarial Activity of Histone Deacetylase Inhibitor Analogues †. , 52(4), pp.1454–1461.
- Anon, 2016. WHO | Malaria. *WHO*. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/en/> [Accessed June 20, 2016].
- Autino, B. et al., 2012. Pathogenesis of Malaria in Tissues and Blood.
- Berger, S.L. et al., 2009. An operational definition of epigenetics. , pp.781–783.
- Brabb, T. et al., 2012. *Infectious Diseases*,
- BRASIL, 2001. Manual de terapêutica de Malária. *Manual de terapêutica de ...*, p.104. Available at: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=332835&indexSearch=ID>.
- Chaal, B.K. et al., 2010. Histone Deacetylases Play a Major Role in the Transcriptional Regulation of the Plasmodium falciparum Life Cycle. , 6(1).
- Choudhary, C. et al., 2009. Lysine acetylation targets protein complexes and co-regulates major cellular functions. *Science (New York, N.Y.)*, 325(5942), pp.834–40. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19608861> [Accessed June 20, 2016].
- Coleman, B.I. & Duraisingh, M.T., 2008. Transcriptional control and gene silencing in Plasmodium falciparum. *Cellular Microbiology*, 10(10), pp.1935–1946.
- Cui, L. & Miao, J., 2010. Chromatin-Mediated epigenetic regulation in the malaria parasite Plasmodium falciparum. *Eukaryotic Cell*, 9(8), pp.1138–1149.
- Engel, J.A. et al., 2015. Profiling the anti-protozoal activity of anti-cancer HDAC inhibitors against Plasmodium and Trypanosoma parasites. *International Journal for Parasitology: Drugs and Drug Resistance*, 5(3), pp.117–126. Available at:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijpddr.2015.05.004>.

Marks, P.A. & Xu, W.-S., 2009. Histone deacetylase inhibitors: Potential in cancer therapy. *Journal of cellular biochemistry*, 107(4), pp.600–8. Available at:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19459166> [Accessed June 20, 2016].

Oliveira-ferreira, J. et al., 2010. Malaria in Brazil : an overview Review. , pp.1–15.

Parija, S. & Praharaj, I., 2011. Drug resistance in malaria. *Indian Journal of Medical Microbiology*, 29(3), p.243. Available at: <http://www.ijmm.org/text.asp?2011/29/3/243/83906> [Accessed June 20, 2016].

Patil, V. et al., 2010. Antimalarial and antileishmanial activities of histone deacetylase inhibitors with triazole-linked cap group. *Bioorganic and Medicinal Chemistry*, 18(1), pp.415–425. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bmc.2009.10.042>.

Ranson, H. et al., 2011. Pyrethroid resistance in African anopheline mosquitoes: what are the implications for malaria control? *Trends in parasitology*, 27(2), pp.91–8. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20843745> [Accessed June 20, 2016].

Santos, G. & Torres, N. V., 2013. New Targets for Drug Discovery against Malaria. *PLoS ONE*, 8(3).

Schotterl, S., Brennenstuhl, H. & Naumann, U., 2015. Modulation of Immune Responses by Histone Deacetylase Inhibitors. *Critical Reviews in Oncogenesis*, 20(1–2), pp.139–154. Available at: <http://www.dl.begellhouse.com/journals/439f422d0783386a,1dc3cf1839473109,5d6c57234df77f6e.html> [Accessed June 20, 2016].

Shakespear, M.R. et al., 2011. Histone deacetylases as regulators of inflammation and immunity. *Trends in Immunology*, 32(7), pp.335–343.

Sung, B. et al., 2008. Anacardic acid (6-nonadecyl salicylic acid), an inhibitor of histone acetyltransferase, suppresses expression of nuclear factor- κ B-regulated gene products involved in cell survival, proliferation, invasion, and inflammation through inhibition of the inhi. *Blood*, 111(10), pp.4880–4891.

Tan, J. et al., 2012. Anacardic acid (6-pentadecylsalicylic acid) induces apoptosis of prostate cancer cells through inhibition of androgen receptor and activation of p53 signaling. *Chinese journal of cancer research = Chung-kuo yen cheng yen chiu*, 24(4), pp.275–83. Available at:

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3551327&tool=pmcentrez&render type=abstract>.

Vickers, C.J. et al., 2012. Discovery of HDAC Inhibitors That Lack an Active Site Zn(2+)-Binding Functional Group. *ACS medicinal chemistry letters*, 3(6), pp.505–8. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4025844&tool=pmcentrez&render type=abstract>.

PREVALÊNCIA DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM MULHERES HIPERTENSAS NO DISTRITO FEDERAL

Ana Luiza Vilela Braga Rossi, Universidade Católica de Brasília,
analubraga@gmail.com, Mariana Carolina Braga, Universidade Católica de Brasília,
mmaricarol@hotmail.com, Fernanda Melchior, Universidade Federal de Santa Catarina,
fernanda_melchior@hotmail.com,
Laís Ribeiro Vieira, Universidade Católica de Brasília, lais_ribeiro20@hotmail.com,
Natália Cruz Camacho, Universidade Católica de Brasília,
natcamachomeducb@gmail.com

Introdução:

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada um importante problema de saúde pública devido à sua alta prevalência e dificuldade de controle, contribuindo significativamente nas causas de morbidade e mortalidade cardiovascular. Esta se caracteriza por ser uma doença crônica não transmissível, de causas multifatoriais associadas a alterações funcionais, estruturais e metabólicas, podendo ser fator para desenvolvimento de doenças cardiovasculares, como o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), as quais são atualmente as principais causas de gastos com tratamentos e incapacidades, gerando ainda perdas na qualidade de vida e aumento no número de óbitos, constituindo-se assim uma condição que gera internações e mortes sensíveis a atenção primária.

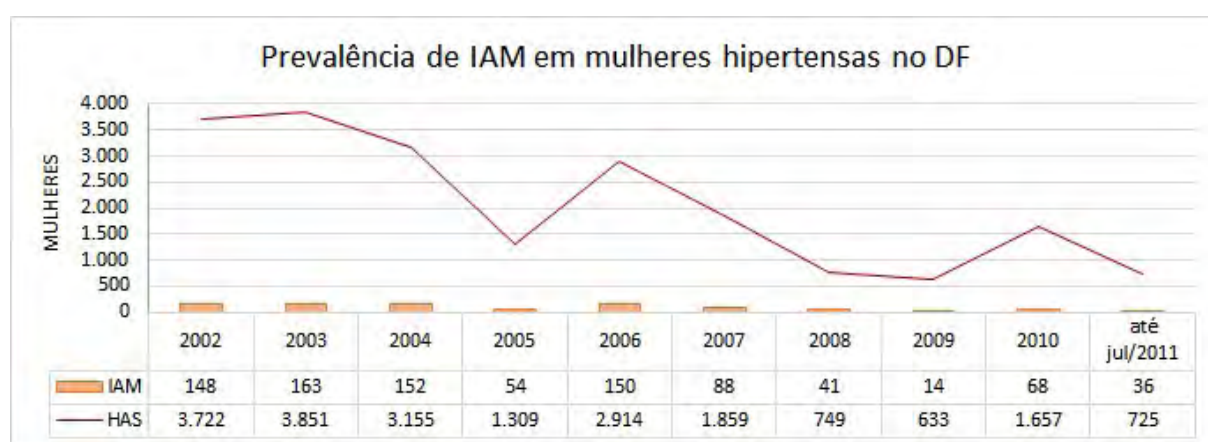
A quantidade de mulheres com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no Distrito Federal sempre foi superior aos homens, considerando o período entre janeiro de 2002 e julho de 2011. Níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) são causas de infarto agudo do miocárdio, entre outros acometimentos. Ao longo desses anos, o número de mulheres hipertensas sofreu variações, algumas bruscas, assim como o número de IAM nesse grupo populacional. Se não for detectada precocemente e tratada adequadamente, a HAS leva à redução da expectativa de vida por consequência das alterações dos órgãos-alvo. As estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que as doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doenças. Por isso, conhecer sua associação com o IAM e os fatores de risco associados à sua ocorrência pode contribuir para evitar a doença ou ainda direcionar um plano terapêutico mais eficaz quando seu diagnóstico estiver confirmado, a fim de se evitar complicações.

Material e Métodos:

Trata-se de um estudo epidemiológico quantitativo, descritivo e documental, a partir dos dados obtidos na plataforma do DATASUS, entre janeiro de 2002 e julho de 2011, no qual consiste o único período disponível no aplicativo HIPERDIA (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos), que se destina ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SUS. Deste modo, será possível analisar a prevalência de Infarto Agudo do Miocárdio em mulheres portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica no Distrito Federal.

Resultados e Discussão:

De acordo com a análise dos dados coletados no DATASUS a respeito da prevalência de Infarto Agudo do Miocárdio em mulheres hipertensas no Distrito Federal, entre os anos de 2002 a 2011, constata-se variações conjuntas da taxa de infarto juntamente ao número de pacientes hipertensas.



No ano de 2002, foram registradas 3.722 mulheres hipertensas atendidas e acompanhadas na rede básica de saúde do SUS, das quais 148 sofreram pelo menos um episódio de IAM não fatal. A idade de maior taxa neste ano foi dos 60 a 64 anos. Em 2003, esses valores aumentaram de forma sutil e a idade de 50 a 54 anos foi a mais prevalente, caindo 10 anos. Neste mesmo ano, detectou-se o maior número de mulheres hipertensas dos anos analisados.

Houve, então, declínio na taxa de mulheres hipertensas no ano de 2003 a 2005. Neste ano, 4% das mulheres com diagnóstico de hipertensão arterial enfartaram. A maioria delas tinha de 55 a 59 anos. De 2005 a 2006, 100 mulheres a mais sofreram infarto, mediante um aumento de 1.605

mulheres hipertensas. Vendo isso, algumas situações podem justificar o aumento da pressão arterial nas mulheres, como o aumento do nível de estresse feminino em decorrência da maior participação das mulheres no mercado de trabalho, levando à sobrecarga das exigências profissionais com as atribuições domésticas, o que explicaria os níveis mais elevados de estresse nas mulheres quando comparadas aos homens. Outro fator é o fato das mulheres perceberem seus problemas de saúde mais do que os homens, assim como procuram mais pelos serviços de saúde.

Tabela 1: Mulheres hipertensas por ano segundo faixa etária

Idade	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Até julho de 2011
< 14	1	2	8	2	5	3	6	1	1	1
15 a 19	6	5	7	4	4	2	2	1	1	1
20 a 24	19	6	9	2	14	6	3	6	9	-
25 a 29	43	57	39	13	44	20	10	17	19	11
30 a 34	89	108	91	41	80	64	26	18	55	27
35 a 39	204	195	194	101	169	119	58	44	87	49
40 a 44	358	299	317	140	280	177	86	70	156	67
45 a 49	482	450	415	165	362	209	91	106	218	104
50 a 54	537	582	456	193	459	206	101	72	261	94
55 a 59	522	578	412	175	382	230	94	93	204	99
60 a 64	487	504	390	165	360	242	84	78	210	72
65 a 69	410	427	304	125	291	232	77	40	155	64
70 a 74	285	288	250	87	222	166	47	37	126	60
75 a 79	161	201	132	47	136	95	32	28	83	36
> 80	118	149	131	49	106	88	32	22	72	40
TOTAL	3.722	3.851	3.155	1.309	2.914	1.859	749	633	1.657	725

Tabela 2: Mulheres hipertensas que sofreram IAM por ano segundo faixa etária

Idade	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Até julho de 2011	TOTAL
20 a 24	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
25 a 29	-	1	-	-	-	-	-	1	1	-	3
30 a 34	1	1	3	2	5	-	3	1	1	1	18
35 a 39	4	3	2	3	7	-	1	-	2	1	23
40 a 44	6	5	9	2	11	7	4	-	5	5	54
45 a 49	16	12	19	1	9	8	3	4	4	1	77
50 a 54	22	21	24	10	27	12	5	2	7	5	135
55 a 59	25	28	19	11	19	9	7	1	11	4	134
60 a 64	28	29	18	9	21	13	5	3	13	6	145
65 a 69	24	23	21	8	14	19	3	1	7	4	124
70 a 74	7	16	21	2	20	10	5	-	9	3	93
75 a 79	10	13	8	1	8	4	4	-	4	4	56
80 e +	5	11	8	5	8	6	1	1	4	2	51
TOTAL	148	163	152	54	150	88	41	14	68	36	

Do ano de 2006 a 2009, as taxas caíram 2%. Foram detectadas 14 mulheres infartadas no grupo de 633 mulheres hipertensas. Deste ano para 2009, percebe-se um declínio significativo. Em 2007 enfartaram apenas mulheres hipertensas acima dos 40 anos, não tendo sido registrado um caso sequer dos 20 aos 39 anos. O ano de 2009 registrou o menor índice de IAM em mulheres com HAS, com nenhum caso registrado dos 20 a 24 anos, 35 a 44 e 70 a 74, e apenas um caso cada dos 25 a 34 anos, 55 a 59, 65 a 69 e mais de 80 anos. De 2009 para 2010, detectou-se um aumento tanto de mulheres hipertensas (1.024 a mais) quanto de infarto (54 mulheres a mais). Esse número diminuiu novamente até julho de 2011, quando esses valores caíram aproximadamente pela metade.

No último ano, não foi detectada nenhuma mulher dos 20 aos 24 anos com hipertensão arterial, tendo este número chegado a 19 em 2002. 2011 foi também o ano em que foi detectado o menor número de mulheres hipertensas. Além disso, menos delas enfartaram em comparação com 2010. Em média, 91,4 mulheres hipertensas enfartaram por ano, entre os anos de 2002 a 2011, e um total de 20.574 mulheres foram diagnosticadas com Hipertensão Arterial Sistêmica durante os anos analisados.

Tendo em vista que o infarto agudo do miocárdio é a principal causa de óbito para ambos os sexos, e a hipertensão arterial está entre os principais fatores de risco para seu acontecimento, torna-se fundamental a análise da prevalência de tal comorbidade de modo a tomar medidas com a finalidade de diminuir tais taxas, diminuindo assim a morbimortalidade das mulheres hipertensas do DF.

Deste modo, através do aplicativo HIPERDIA, também foi possível associar HAS com tabagismo, sedentarismo e sobrepeso relacionando ao IAM em mulheres do Distrito Federal. De 2002 a 2011, as maiores prevalências de idade das mulheres tabagistas com HAS e que sofreram IAM é de 35 a 49 anos, ou seja, variação de 27,27% a 30,43% (Tabela 3). No entanto, pela Tabela 2, a maior proporção de mulheres hipertensas que sofreram IAM ao longo desses anos é de 60 a 64 anos, o que não coincide com o esperado, devido ao tabagismo ser um fator conhecido para o aumento da PA e infarto agudo. Deste modo, vê-se que não teve uma correlação de alto grau com IAM em hipertensos nesse grupo amostral, pois seu grau de relação variou 5,36% a 33,33%.

Tabela 3: Mulheres hipertensas e tabagistas que sofreram IAM por ano segundo faixa etária

Idade	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Até julho de 2011	TOTAL	% de IAM em HAS
25 a 29	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	33,33%
30 a 34	-	-	1	-	-	-	2	-	-	1	4	22,22%
35 a 39	2	1	1	-	1	-	1	-	1	-	7	30,43%
40 a 44	1	5	-	1	4	1	1	-	1	1	15	27,78%
45 a 49	7	4	2	-	3	3	1	-	1	-	21	27,27%
50 a 54	2	4	4	6	4	4	2	-	-	1	27	20,00%
55 a 59	6	5	2	3	6	1	2	-	3	2	30	22,39%
60 a 64	4	3	3	4	3	-	-	2	1	-	20	13,79%
65 a 69	3	7	2	4	2	1	-	1	2	-	22	17,74%
70 a 74	1	3	1	-	1	-	1	-	2	-	9	9,68%
75 a 79	1	-	1	-	-	1	-	-	-	-	3	5,36%
80 e +	-	1	-	-	1	-	-	-	2	-	4	7,84%
TOTAL	27	33	17	18	25	11	10	3	14	5		

O sedentarismo mostrou correlação maior que o tabagismo nas mulheres com HAS e que sofreram IAM ao relatar sedentarismo em todos os casos de IAM que ocorreram em mulheres hipertensas dos 20 aos 29 anos. Ademais, a relação com sedentarismo variou pouco, entre 44,35% e 55,56%, tendo seu pico nas mulheres entre 60 e 64 anos, com 75 casos.

Tabela 4: Mulheres hipertensas e sedentárias que sofreram IAM por ano segundo faixa etária

Idade	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Até julho de 2011	TOTAL	% de IAM em HAS
20 a 24	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	100%
25 a 29	-	1	-	-	-	-	-	1	1	-	3	100%
30 a 34	1	-	2	1	1	-	3	1	-	1	10	55,56%
35 a 39	2	1	2	1	2	-	1	-	1	1	11	47,83%
40 a 44	4	3	4	2	6	3	2	-	2	4	30	55,56%
45 a 49	10	7	6	-	3	5	1	1	1	1	35	45,45%
50 a 54	13	9	8	4	10	7	2	2	3	4	62	45,93%
55 a 59	9	12	11	2	12	6	3	1	3	2	61	45,52%
60 a 64	11	11	8	6	14	8	4	2	8	3	75	51,72%
65 a 69	8	13	7	1	7	11	2	-	3	3	55	44,35%
70 a 74	4	11	9	2	11	3	2	-	5	2	49	52,69%
75 a 79	8	7	4	-	4	3	1	-	1	2	30	53,57%
80 e +	1	5	4	4	6	2	-	1	2	1	26	50,98%
TOTAL	71	80	65	23	77	48	21	9	30	24		

A prevalência do sobrepeso com IAM em mulheres com HAS mostra ser bastante significativa, pois coincide com o único caso na faixa etária de 20 a 24 anos; assim como de 25 a 29 anos, com relação de 66,67%, e de 30 a 34 anos, com 77,78%. Nas outras faixas etárias, há variação de 43,48% (de 35 a 39 anos, 10 casos) a 67,53% (de 45 a 49 anos, 52 casos). Os dados também evidenciam maior concomitância entre sobrepeso e IAM em mulheres hipertensas entre 45 e 64 anos, pois há variação menor que 10 pontos percentuais.

Tabela 5: Mulheres hipertensas e com sobrepeso que sofreram IAM por ano segundo faixa etária

Idade	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Até julho de 2011	TOTAL	% de IAM em HAS
20 a 24	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	100%
25 a 29	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	2	66,67%
30 a 34	1	1	1	2	3	-	3	1	1	1	14	77,78%
35 a 39	-	2	-	2	2	-	1	-	2	1	10	43,48%
40 a 44	4	1	4	2	4	2	2	-	3	2	24	44,44%
45 a 49	12	9	11	-	5	6	2	4	2	1	52	67,53%
50 a 54	19	7	9	5	12	8	4	1	2	3	70	51,85%
55 a 59	13	17	13	7	10	6	2	-	4	3	75	55,97%
60 a 64	14	24	7	6	14	8	2	1	10	2	88	60,69%
65 a 69	17	12	13	3	9	11	2	-	3	4	74	59,68%
70 a 74	3	11	10	1	7	4	3	-	3	3	45	48,39%
75 a 79	5	5	4	-	6	3	2	-	1	-	26	46,43%
80 e +	2	3	4	3	6	1	-	-	3	1	23	45,10%
TOTAL	90	93	76	31	79	49	23	7	35	21		

Outros fatores de risco estão associados com a PA elevada, como predisposição genética e estresse. A literatura nacional aponta diferentes dados na prevalência da HAS entre os sexos. Nas mulheres o nível da pressão arterial se influencia por situações com o uso de contraceptivo, síndrome do ovário policístico, gestação, reposição hormonal e menopausa, podendo em algumas dessas situações levar ao desenvolvimento e aumento significativo da PA.

Conclusões:

A análise dos resultados obtidos mostra que não há um programa para prevenção e controle da HAS realmente eficaz, e que reduza consideravelmente as taxas de hipertensas e de IAM decorrentes do descontrole da Hipertensão Arterial. Ademais, a incidência de infarto agudo do miocárdio não apresentou correlação com a prevalência de hipertensão arterial sistêmica. A diminuição observada no último ano não pode ser interpretada como definitiva, pois pode ser decorrente de subnotificações ou incentivo dos programas de diagnóstico de patologias cardíacas. O DATASUS não atualiza dados do HIPERDIA no Distrito Federal desde julho de 2011, o que

mostra que esse aplicativo perdeu força e não há informação disponível para funcionários da saúde sobre o acompanhamento de indivíduos com HAS desde então. Da mesma forma, essa diminuição pode ser devido à programas de diagnóstico de patologias comuns, como a Saúde da Família, implantada recentemente no Distrito Federal, porém esta não está direcionada a doenças cardiovasculares. Tal instabilidade chama a atenção para a necessidade de ações de prevenção dos fatores de risco e acompanhamento em longo prazo das mulheres hipertensas no Distrito Federal. Acredita-se que a educação de indivíduos com doença crônica seja o melhor caminho para o controle da hipertensão e a diminuição do IAM em mulheres portadoras de HAS.

Diante disso, é importante a intensificação de programas de controle da HAS e outros fatores de risco cardiovasculares, visando controlar ou reduzir essa prevalência por meio da realização de programas preventivos e acompanhamento continuado nas Unidades Básicas de Saúde, atendendo a população com fatores de risco para HAS, bem como obter o controle da doença, objetivando a prevenção e uma melhor qualidade de vida da população e, quando necessário, encaminhamento à atenção secundária.

Palavras-chaves: Hipertensão arterial sistêmica. Sexo feminino. Sobrepeso. Sedentarismo. Tabagismo.

Referências bibliográficas:

CANUTO, S. V. **Prevalência de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na população adulta do distrito federal em 2007**. Brasília, 2014. Trabalho de conclusão de curso (título de Nutricionista). Departamento de Nutrição, Faculdade de Ciência da Saúde, Universidade de Brasília.

COLÓSIMO, F. C. et. al. Hipertensão arterial e fatores associados em pessoas submetidas à cirurgia de revascularização do miocárdio. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 201-208, mar./abril 2015.

MELO, J. D. et. al. Hipertensão Arterial Sistêmica e Fatores Associados na Estratégia Saúde da Família em Imbituba/SC. **Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 60, n. 2, p. 108-114, abr./jun. 2016.

MINASI, L. B.; CURADO, M. P. Tendência de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Centro-Oeste do Brasil. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 13, n. 3, p. 272-284, set./dez. 2016.

SILVA, E. C. et. al. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 38-51, jan./mar. 2016.

SOUSA, N. P. et. al. Estratificação de Risco Cardiovascular na Atenção Primária segundo Escore de Framingham. **Tempus, actas de saúde coletiva**, Brasília, v. 10, n. 1, p. 157-168, mar. 2016.

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS A MULTIMORBIDADE EM IDOSOS LONGEVOS DE TERESINA-PI

Diane Nogueira Paranhos Amorim, Universidade Católica de Brasília,
diannenogueira@hotmail.com.

Bruno Sousa Lopes, Centro Educacional Euro-americano, brunoslopesfisio@gmail.com

Maryse Araújo Nogueira, Universidade Federal do Piauí, maryseanogueira@hotmail.com

Larruama Soares Figueiredo de Araújo, Universidade Federal do Piauí, larru_pp@hotmail.com

Karla Helena Coelho Vilaça, Universidade Católica de Brasília, kavilaca@yahoo.com.br

Palavras-chave: Idoso de 80 anos ou mais. Doenças Crônicas. Morbidade.

Introdução

O envelhecimento populacional é uma realidade no Brasil, onde o número e a proporção de idosos vem aumentando rapidamente. Esse aumento é ainda mais intenso nos idosos longevos (80 anos ou mais), o grupo populacional com crescimento mais significativo (IBGE, 2013).

A longevidade é, de fato, uma conquista e revelam avanços e melhorias nas tecnologias da saúde, no entanto, o envelhecimento implica *déficits* contínuos e cumulativos, contribuindo para elevar o risco de desenvolvimento de doenças crônicas (DC) e suas consequentes disfunções, dependência e agravos (LOURENÇO et al., 2012; BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2015).

A presença de duas ou mais DC em um mesmo indivíduo é chamado de Multimorbidade (FORMIGA et al., 2013; ZULMAN et al., 2014; NUNES, 2015). No Brasil, dados do IBGE revelam que 79,1 % dos idosos com mais de 65 anos declararam ter, pelo menos, uma DC e 28,3% afirmam ter três (IBGE, 2010). Assim, a multimorbidade é alta em idosos, com prevalência maior que 50%, e ainda há tendência de crescimento (MURRAY, 2012; VOS, 2012; RECHEL, 2013). Em idosos com 85 anos ou mais, a prevalência chega a 82% (BARNETT et al; 2012).

A presença de multimorbidade está associada ao declínio funcional do idoso, diminuição da qualidade de vida, depressão, polifarmácia e aumento da utilização dos serviços de saúde, sendo assim, um problema de saúde pública (SMITH, 2012; REIS; CARDOSO, 2015). Considerando que as DC tendem a aumentar com o avançar da idade, a população longeva torna-se ainda mais vulnerável (FORMIGA et al., 2013).

A multimorbidade constitui também um indicador para prever a duração da hospitalização, estimar custos em saúde e prognóstico de sobrevivência dos indivíduos (BROEIRO, 2015). No entanto, no

Brasil ainda não existe um protocolo, reconhecido pelo Ministério da Saúde, para a estimativa da multimorbidade da população (ZULMAN et al., 2014). Para estudos em epidemiologia e saúde pública, a utilização da contagem de DC é a forma mais útil para a investigação da prevalência e incidência de multimorbidade (VALDERAS, 2009). A utilização de duas ou mais DC como condição mínima para estimar a multimorbidade é comum na literatura, tanto em estudos nacionais como internacionais (VIOLAN et al., 2014; LOCHNER; COX, 2013; REIS; CARDOSO, 2015).

Informações sobre prevalência de multimorbidade e a combinação das DC mais frequentes são essenciais para melhor organização dos serviços e cuidados de saúde, e para o desenvolvimento de estratégias efetivas para a identificação precoce de pacientes em risco e prevenção de futuras condições de saúde, principalmente em idosos longevos, que apresentaram um crescimento populacional recente e possuem características próprias, que os diferenciam dos idosos 'mais jovens' (HARKNESS, 2010; STANGE, 2012)

Desse modo, estudos sobre multimorbidade nesse grupo de idosos são necessários para permitir o retrato real das suas condições de saúde nas diversas cidades do país, em busca de melhor conhecimento sobre como esses idosos têm vivido. Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi verificar a prevalência de multimorbidade e sua associação com as variáveis sociodemográficas, epidemiológicas e funcionais em idosos longevos (≥ 80 anos) de Teresina-Piauí.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, transversal de análise quantitativa, realizado em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) na cidade de Teresina-Piauí. As UBS abrangem, juntamente, sete bairros da capital, e atendem mais de 1.200 idosos, dos quais 135 são longevos.

Foram incluídos na pesquisa, idosos com 80 anos ou mais que estivessem cadastrados em uma das UBS. Excluiu-se idosos com nenhuma ou apenas uma DC, com alteração cognitiva segundo o Mini Exame do Estado Mental, acamados, cadeirantes ou que não estavam no domicílio no momento da visita para coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada durante a visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS), no próprio domicílio do idoso. Para avaliar os dados sociodemográficos e epidemiológicos utilizou-se um recorte do questionário da Rede FIBRA (Rede de Estudo de Fragilidade em Idosos Brasileiros). Para avaliação das DC, perguntou-se aos idosos se, no ano anterior, algum médico havia dito que eram portadores de cardiopatias, hipertensão arterial, diabetes, acidente vascular encefálico (AVE), tumor/câncer, osteoartrose, pneumopatias, depressão e osteoporose. As repostas dos participantes

foram conferidas juntamente com o ACS, na ficha de caracterização clínica e social da família. O idoso foi considerado com multimorbidade se relatasse a presença de duas ou mais DC.

Para avaliação da capacidade funcional, utilizou-se o Índice de Katz, que investiga a capacidade do idoso em realizar as atividades básicas de vida diária (ABVD) e o *Short Physical Performance Battery* (SPPB) que avalia o desempenho funcional por meio dos testes de equilíbrio estático, velocidade de marcha e força dos membros inferiores.

Segundo a pontuação no Índice de Katz, foram considerados “independentes” os participantes que realizaram todas as atividades sem auxílio, “dependentes parciais” aqueles que necessitaram de ajuda ou não realizaram pelo menos uma atividade e “dependentes totais” os idosos que necessitaram de ajuda em todas as atividades ou não realizaram nenhuma. Para classificação do desempenho funcional, os idosos recebiam uma pontuação em cada um dos três testes do SPPB, que variava de 0 – pior desempenho a 4 – melhor desempenho. Os participantes foram classificados em “dependência”; “baixo desempenho”; “moderado desempenho” e “bom desempenho”.

Para a análise de dados foi utilizado o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. Primeiramente a amostra foi analisada para limpeza dos dados, de forma a verificar possíveis erros de digitação. Na sequência foi realizada análise descritiva para descrever as variáveis sociodemográficas, epidemiológicas e funcionais. Utilizou-se o teste de qui-quadrado para verificar a relação entre o número de DC e as demais variáveis avaliadas no estudo. Adotou-se como nível de significância $p \leq 0,05$.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Brasília com o parecer nº 1.185.871 e pela Fundação Municipal de Saúde de Teresina com protocolo nº 045.0086.331/15. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e Discussão

82 longevos foram incluídos na pesquisa. A prevalência de multimorbidade foi de 79,6% (n=82). As DC coexistentes mais frequentes foram a osteoartrose e osteoporose, presente em 25 idosos (30,4%).

A caracterização sociodemográfica, epidemiológica e funcional está exposta na Tabela 01.

A prevalência de multimorbidade encontrada neste estudo foi semelhante a dos longevos de duas cidade no Rio Grande do Sul, 71,4% (BORTOLUZZI et al.,2017).

Tabela 01. Caracterização sociodemográfica, epidemiológica e funcional dos longevos (n= 82), Teresina – PI, 2015.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	30	36,6
Feminino	52	63,4
Idade		
80-84	47	57,35
85-89	28	34,25
90-94	6	7,2
95 ou mais	1	1,2
Etnia		
Branca	24	29,3
Negra	32	39,0
Parda	26	31,7
Escolaridade		
Analfabeto	50	61,0
1 a 3 anos	14	17,1
4 a 7 anos	18	22,0
Doenças Crônicas		
Doenças Cardíacas	12	14,6
Hipertensão Arterial	72	87,8
AVE	17	20,7
Diabetes	28	34,1
Câncer	9	11,0
Osteoartrose	56	68,6
Doença Pulmonar	14	17,1
Depressão	9	11,0
Osteoporose	41	50,0
Multimorbidades		
2 Doenças Crônicas	33	40,2
3 Doenças Crônicas	17	20,7
4 ou mais Doenças	32	39,1

Crônicas		
Número de Medicamentos Diários		
0	4	4,9
1-2	15	18,3
3-4	37	45,1
5 ou mais	26	31,7
Índice de Katz		
Independência	42	51,2
Dependência Parcial	39	47,6
Dependência Total	1	1,2
Desempenho Funcional (SPPB)		
Dependência	23	28,1
Baixo Desempenho	29	35,3
Moderado Desempenho	27	33,0
Bom Desempenho	3	3,7

AVE = Acidente Vascular Encefálico; SPPB = Short Physical Performance Battery

Na tabela 2 estão expostos os dados referentes aos resultados do teste de Qui-quadrado (X^2). A multimorbidade associou-se positivamente a um maior número de medicamentos diários ($X^2=0,032$).

Tabela 02. Associação entre o número de doenças crônicas e as variáveis epidemiológicas e funcionais. Teresina, PI, 2015.

	Número de doenças crônicas					X^2
	2 n = 33	3 n = 17	4 n = 23	5 n = 8	6 n = 1	
Sexo						
Masculino	17 (52%)	5 (29%)	7 (30%)	1 (13%)	0 (0%)	0,165
Feminino	16 (48%)	12 (71%)	16 (70%)	7 (88%)	1 (100%)	

Escolaridade

Analfabeto	20 (61%)	9 (53%)	16 (70%)	5 (63%)	0 (0%)	
1 a 3 anos	6 (18%)	2 (12%)	5 (22%)	1 (13%)	0 (0%)	0,436
4 a 7 anos	7 (21%)	6 (35%)	2 (9%)	2 (25%)	1 (100%)	

Raça

Branca	8 (24%)	8 (47%)	5 (22%)	3 (38%)	0 (0%)	
Negra	11 (33%)	5 (29%)	12 (52%)	4 (50%)	0 (0%)	0,297
Pardo	14 (42%)	4 (24%)	6 (26%)	1 (13%)	1 (100%)	

Quantos medicamentos

1	4 (12%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
2	2 (6%)	2 (12%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
3	9 (27%)	3 (18%)	8 (35%)	3 (38%)	0 (0%)	
4	4 (12%)	5 (29%)	4 (17%)	1 (13%)	0 (0%)	
5	6 (18%)	1 (6%)	2 (9%)	2 (25%)	0 (0%)	0,032*
6	2 (6%)	3 (18%)	5 (22%)	1 (13%)	0 (0%)	
7	1 (3%)	0 (0%)	2 (4%)	0 (0%)	1 (100%)	
8	0 (0%)	0 (0%)	1 (4%)	0 (0%)	0 (0%)	

Índice de Katz

Independente	22 (67%)	8 (47%)	7 (30%)	3 (38%)	1 (100%)	
Dependente parcial	11 (33%)	8 (47%)	16 (70%)	5 (63%)	0 (0%)	0,124

Dependência total	0 (0%)	1 (6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
SPPB						
Bom	3 (9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Moderado	12 (36%)	4 (24%)	4 (17%)	6 (75%)	1 (100%)	
Baixo	12 (36%)	8 (47%)	10 (43%)	0 (0%)	0 (0%)	0,088
Dependente	6 (18%)	5 (29%)	9 (39%)	2 (25%)	0 (0%)	

* $p < 0,05$; X^2 = Qui-quadrado; SPPB = Short Physical Performance Battery

O predomínio de mulheres com multimorbidade também foi apontado por Nunes (2015) e Carvalho (2017) em idosos brasileiros e por Violan et al. (2014) em estudos internacionais. Estes resultados refletem não só a feminização da velhice, mas também a vulnerabilidade das idosas frente às condições crônicas diretamente associadas à idade avançada (CAMARGOS et al., 2015). Apesar do predomínio, o sexo feminino não associou-se à presença de multimorbidade.

Na presente amostra, nenhum idoso com três ou mais DC apresentou bom desempenho funcional, sugerindo que, apesar da ausência de associação, a multimorbidade contribui para acelerar o déficit funcional, como apontado no estudo de Barnett et al., (2012). Gavasso e Beltrame (2017) também não encontraram associação entre multimorbidade e capacidade funcional em idosos, porém observaram maior dependência nos idosos com duas morbidades.

O número de medicamentos diários associou-se significativamente à multimorbidade, corroborando o estudo de Silveira, Dalasta e Pagotto (2014), no qual o uso de 5 ou mais medicamentos associou-se à idade de 80 anos ou mais e à presença de duas ou mais DC.

O consumo de medicamentos aumenta em pacientes longevos e com multimorbidade já que esse perfil de idoso é caracterizado pela presença de várias DC, o que leva à automedicação e ao aumento no número de prescrições médicas. Assim, a multimorbidade torna o idoso mais vulnerável aos efeitos adversos e prejuízos funcionais do uso de múltiplos medicamentos (SILVEIRA et al., 2014; COBAS et al., 2017)

A DC mais prevalente no presente estudo foi a hipertensão arterial. Em longevos de uma região de São Paulo, a hipertensão arterial também foi a DC mais comum, com prevalência de 64,1% (SANTOS et al., 2017).

As DC coexistentes mais frequentes foram a osteoartrose e osteoporose. No estudo de Nunes (2015) com idosos de 60 anos ou mais, a associação de DC mais prevalente foi hipertensão arterial e problema na coluna (23,6%). Violan et al. (2014), em sua revisão sistemática, concluiu que a associação mais frequente foi entre osteoartrose e doenças cardiometabólicas.

A associação de DC mais frequentes encontrada no nosso estudo difere das descritas nos estudos de Nunes (2015) e Violan et al. (2014), este fato pode ter ocorrido pela diferença nas amostras estudadas. No entanto, nota-se que a osteoartrose e o problema de coluna estão presentes em todas as associações, corroborando estudos que citam a osteoartrose como uma das queixas mais comuns em idosos (ALVES, BASSITT, 2013; DUARTE et al., 2013).

Conclusão

A multimorbidade tem alta prevalência em idosos longevos, estando associada a maior número de medicações diárias. O crescimento da população de idosos longevos e o paralelo aumento do número de DC e morbidade torna a prevenção e controle das multimorbidades um desafio para a saúde pública.

Referências Bibliográficas

- ALVES, J.C.; BASSITT, D.P. Qualidade de vida e capacidade funcional de idosos com osteoartrite de joelho. **Einstein** (São Paulo), São Paulo, v.1, n.2, p.209-215, 2013.
- BARNETT K, MERCER SW, NORBURY M, WATT G, WYKE S, GUTHRIE B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research and medical education. **Lancet**, v.380, n.9836, p:37-43, 2012.
- BARRETO, M.S.; CARREIRA, L.; MARCON, S.S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v18, n.1, p. 325-339, 2015.
- BORTOLUZZI, E.C.; DORING, M.; PORTELLA, M.R.; CAVALCANTI, G.; MASCARELO, A.; DELANI, M.C. Prevalência e fatores associados a dependência funcional em idosos longevos. **Rev Bras Ativ Fís Saúde**, v.22, n.1, p:85-94, 2017.
- BROEIRO, P. Multimorbilidade e comorbilidade: duas perspectivas da mesma realidade. **Rev Port Med Geral Fam**, Lisboa, v. 31, n.3, p.158-160, 2015 .
- CAMARGOS, M.C.; RIANI, J.L., MARINHO, K.R., BOMFIM, W.C. Perfil de saúde dos idosos de Minas Gerais: uma análise com dados da PADMG 2011. **Rev. Saúde. Pub. Sus**, v.3, n.1, p:103-121, 2015.

- CARVALHO, J.N. Epidemiologia da multimorbidade na população brasileira. Natal (RN). 2017. 79p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.
- DUARTE, V.S.; Santos, M.L.; Rodrigues, K.A.; Ramires J.B.; Arêas, G.P.; Borges, G.F. Exercícios físicos e osteoartrose: uma revisão sistemática. **Fisioter. mov**, Curitiba, v.26, n.1, p.193-202, 2013 .
- FORMIGA, F.; FERRER, A.; SANZ, H.; MARENGONI, A.; ALBURQUERQUE J.; PUJOL R. Patterns of comorbidity and multimorbidity in the oldest old: The Octabaix study. **Eur. J. Intern. Med**, v.24, p:40–44, 2013.
- GAVASSO, W.C.; BELTRAME, V. Capacidade funcional e morbidades referidas: uma análise comparativa em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p: 399-409, 2017.
- HARKNESS E, MACDONALD W, VALDERAS J, COVENTRY P, GASK L, ET AL. Identifying psychosocial interventions that improve both physical and mental health in patients with diabetes: a systematic review and meta-analysis. **Diabetes Care**, v. 33, p: 926–30, 2010.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Projeção da População do Brasil por sexo e idade para o período 2000-2060**. Rio de Janeiro, 2013a. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/nota_metodologica_2013.pdf
- LOCHNER, K.A.; COX, C.S. Prevalence of multiple chronic conditions among Medicare beneficiaries, United States, 2010. **Prev Chronic Dis**, v. 10, p:1-10, 2013.
- STANGE, K.C. Challenges of managing multimorbidity. **Ann Fam Med**, v 10, n.1, p: 2–3, 2012.
- LOURENÇO, T.M.; LENARDT, M.H.; KLETEMBERG, D.F.; SEIMA, M.D.; TALLMANN, A.E.C.; NEU, D.K.M. Capacidade funcional no idoso longo: uma revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n.2, p.176-185, 2012.
- MURRAY, C.J.L.; VOS, T.; LOZANO, R.; NAGHAVI, M.; FLAXMAN, A.D.; MICHAUD, C. et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet**, v.380, n.9859, p:2197-223, 2012.
- NUNES, B.P. Multimorbidade em idosos: ocorrência, consequências e relação com a Estratégia Saúde da Família. Pelotas (RS). 2015. 165p. Tese (Doutorado em Epidemiologia) - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

- RECHEL, B.; GRUNDY, E.; ROBINE, J.M.; CYLUS, J.; MACKENBACH, J.P.; KNAI C. et al. Ageing in the European Union. **Lancet**, v.381, n.9874, p:1312-22, 2013.
- REIS, S.; CARDOSO, S. Multimorbidade em cuidados de saúde primários: o que há de novo?. **Rev Port Med Geral Fam**, Lisboa, v. 31, n. 3, p. 230-232, jun. 2015
- RIVAS-COBAS, P.C.; RAMÍREZ-DUQUE, N.; HERNÁNDEZ, M.C.; GARCÍA, J.; AGUSTÍ, A.; VIDAL, A et al. Características del uso inadecuado de medicamentos en pacientes pluripatológicos de edad avanzada. **Gac Sanit**, v.31, n.4, p:327-31, 2017.
- SANTOS, V.R; Christofaro, D.G.; Gomes I.C.; Freitas Júnior, I.F.; Gobbo, L.A. Fatores associados à mobilidade de idosos longevos. **Fisioter Mov.**, v.30, n.1, p:69-76, 2017.
- SILVEIRAI, E.A.; DALASTRAII, L.; PAGOTTO, V. Polifarmácia, doenças crônicas e marcadores nutricionais em idosos. **Rev Bras Epidemiol**, v.17, n.4, p:818-829, 2014.
- SMITH, S.M.; SOUBHI, H.; FORTIN, M.; HUDON, C; O'DOWD, T. Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. **BMJ**, v.345: e5205, 2012.
- VALDERAS, J.M.; STARFIELD, B.; SIBBALD, B.; SALISBURY, C.; ROLAND, M. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. **Ann Fam Med**. v.7, n.4, p:357-63, 2009.
- VIOLAN, C.; FOGUET-BOREU, Q.; FLORES-MATEO, G.; SALISBURY, C.; BLOM, J.; FREITAG, M. ET al. Prevalence, Determinants and Patterns of Multimorbidity in Primary Care: A Systematic Review of Observational Studies. **Plos One**, v.9, n.7, p:102-149, 2014.
- VOS, T.; FLAXMAN, A.D.; NAGHAVI, M.; LOZANO, R.; MICHAUD, C.; EZZATI, M. et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990- 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet**, v.380, n.9859, p:2163-96, 2012.
- ZULMAN, D.M.; ASCH, S.M.; MARTINS, S.B.; KERR, E.A.; HOFFMAN, B.B.; GOLDSTEIN, M.K. Quality of care for patients with multiple chronic conditions: the role of comorbidity interrelatedness. **J Gen Intern Med**, v.29, n.3, p:529-37, 2014.

PREVENÇÃO DE MALFORMAÇÕES FETAIS ATRAVÉS DE SUPLEMENTAÇÃO DE ÁCIDO FÓLICO

Kétuny da Silva Oliveira, UCB, ketunyoliveira@gmail.com

Laura de Lima Crivellaro, UCB, crivellarolimalaura@gmail.com

Pedro Henrique Nunes Araujo, UCB, ph_henriquearaujo@hotmail.com

Luan da Cruz Vieira, UCB, luanvieira96.lv@gmail.com

Denise Nogueira da Gama Cordeiro, UCB, denisengcordeiro@yahoo.com.br

Palavras chave: Deficiência de nutrientes. Planejamento familiar. Preparação pré gestação

Introdução

No início do desenvolvimento fetal, entre a terceira e quinta semana de gestação, algumas malformações fetais podem ocorrer e ser chamadas de defeitos no tubo neural. Anencefalia e espinha bífida são os mais característicos e compreendem cerca de 90% dos casos de malformação. As causas dos defeitos do tubo neural não são completamente conhecidas, mas as evidências indicam que, pelo menos em parte, se devem à nutrição deficiente, particularmente em ácido fólico, a causas genéticas ou ao uso de drogas.

A ausência de ácido fólico é o mais importante fator de risco para os defeitos do tubo neural. A suplementação periconcepcional e durante o primeiro trimestre de gravidez tem reduzido tanto o risco de ocorrência como o risco de recorrência para tais.

Material e Métodos

Foram pesquisados artigos científicos de 2007 a 2015, nas bases de dados SciELO, PubMed e Google Acadêmico com os descritores: “malformações fetais”, “deficiência de nutrientes”, “planejamento familiar”.

Resultados e Discussão

O ácido fólico tem um papel fundamental no processo da multiplicação celular, sendo imprescindível sua suplementação antes e durante a gravidez. O folato interfere com o aumento dos eritócitos, o alargamento do útero e o crescimento da placenta e do feto. É requisito para o crescimento normal, na fase reprodutiva e na formação de anticorpos. Atua como coenzima no metabolismo de aminoácidos e síntese de purinas e pirimidinas, síntese de ácido nucléico DNA e

RNA e é vital para a divisão celular e síntese protéica. Consequentemente sua deficiência pode ocasionar alterações na síntese de DNA e alterações cromossômicas

Devido à gravidade dos defeitos do tubo neural e sua morbimortalidade, tornam-se muito importantes o aconselhamento genético, a suplementação dietética com ácido fólico e o diagnóstico pré-natal das malformações do tubo neural. As gestantes são propensas a desenvolver deficiência de folato provavelmente devido ao aumento da demanda desse nutriente para o crescimento fetal e tecidos maternos. Outros fatores que contribuem para deficiência de folato são a dieta inadequada, hemodiluição fisiológica gestacional e influências hormonais. As recomendações nutricionais de 1989 indicavam um consumo de 0,18mg/dia para mulheres adultas e de 0,4mg/dia para gestantes. Em 1992 o Centers for Diseases Control and Prevention (CDC) recomendou para mulheres que planejassem engravidar e com história familiar negativa de defeitos do tubo neural a ingestão de 0,4mg/dia, mas para aquelas com alto risco (história prévia de filhos com defeitos do tubo neural) a recomendação era dez vezes maior: 4mg/dia. Atualmente as recomendações são de 0,4 mg/dia para mulheres no geral e 0,6 mg/dia para gestantes independente do tipo de gestação ou antecedentes.

Alternativas para diminuir ou evitar as malformações do tubo neural ocorre com a suplementação precoce de ácido fólico seja por medicamentos ou através de alimentos como vegetais escuros e frutas cítricas. A ANVISA regulamentou a adição de ferro e ácido fólico às farinhas de trigo e milho a partir de junho de 2004, em que cada 100g destas farinhas contenham 0,15mg de ácido fólico o que equipara ao estabelecido em outros países da norte americanos.

Alguns estudos têm indicado que, para além da prevenção de defeitos do tubo neural, o ácido fólico pode interferir no metabolismo da homocisteína contribuindo para a prevenção da doença cardiovascular e pode ter ainda um efeito protetor em relação ao câncer. Nos Estados Unidos dados de monitoramento dos nascidos vivos sugerem que o ácido fólico pode prevenir outros defeitos congênitos como fissuras labiopalatinas e defeitos nos membros inferiores e superiores.

Conclusões

A fortificação de alimentos com ácido fólico é uma intervenção inquestionável na prevenção primária dos defeitos do tubo neural e foi acertada a decisão de torná-la obrigatória no Brasil.

Contudo especialistas sugerem algumas medidas a ser tomadas: incluir os defeitos do tubo neural na lista de doenças de notificação compulsória, com o objetivo de determinar sua prevalência nas diferentes regiões do país e compará-la com a prevalência após a fortificação; promover campanhas educativas sobre a importância do ácido fólico na prevenção dos defeitos do tubo neural, recomendando que as mulheres em idade fértil consumam 0,4mg/dia; garantir suplementação

medicamentosa para mulheres com gestação anterior afetada por defeitos do tubo neural, tendo em vista que a necessidade é dez vezes maior, ou seja, 4mg/dia. As malformações do tubo neural devem ser encarados como uma doença epidêmica passível de prevenção.

Referências bibliográficas

MEZZOMO CLS, et al. Prevention of neural tube defects: prevalence of folic acid supplementation during pregnancy and associated factors. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(11):2716-2726, nov, 2007

PONTES ELB, PASSONI CMS, PAGANOTTO M. The importante of folic acido n pregnancy: requeriment and biodisponibility. Caderno da Escola de Saúde – Nutrição, 1(1): 21-26, jul, 2008

SANTOS LMP, PEREIRA MZ. The effect of folic acid fortifi cation on the reduction of neural tube defects. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(1):17-24, jan, 2007

TEIXEIRA D, PESTANA D, CALHAU C, VICENTE L, GRAÇA P. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável Alimentação e Nutrição na Gravidez, 2015. ISBN 978-972-675-221-9

TEIXEIRA PTV, et al. Folic acid flour fortification influence with folic acid on neural tube defects incidence. Rev Pesq Saúde, 15(3): 336-339, set-dez, 2014. ISSN-2236-6288

PREVENÇÃO E ANÁLISE DE RISCO CARDIOVASCULAR – UMA ATUAÇÃO DA LIGA DO CORAÇÃO DA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA NO BEM ESTAR GLOBAL

Karina Cristina Santos Lopes de Moraes, Universidade Católica de Brasília,
karina.cristina9@gmail.com

Camila de Oliveira Parreira, Universidade Católica de Brasília, camila.oparreira@gmail.com

Kétuny da Silva Oliveira, Universidade Católica de Brasília, ketunyoliveira@gmail.com

Eduardo Borges Guerra Pillon, en.pillon@gmail.com

Osvaldo Sampaio Netto, Universidade Católica de Brasília, osvaldo@ucb.br

Palavras-chave: Cardiologia. Hipertensão Arterial. Glicemia capilar. Prevenção primária. Ação social.

Introdução

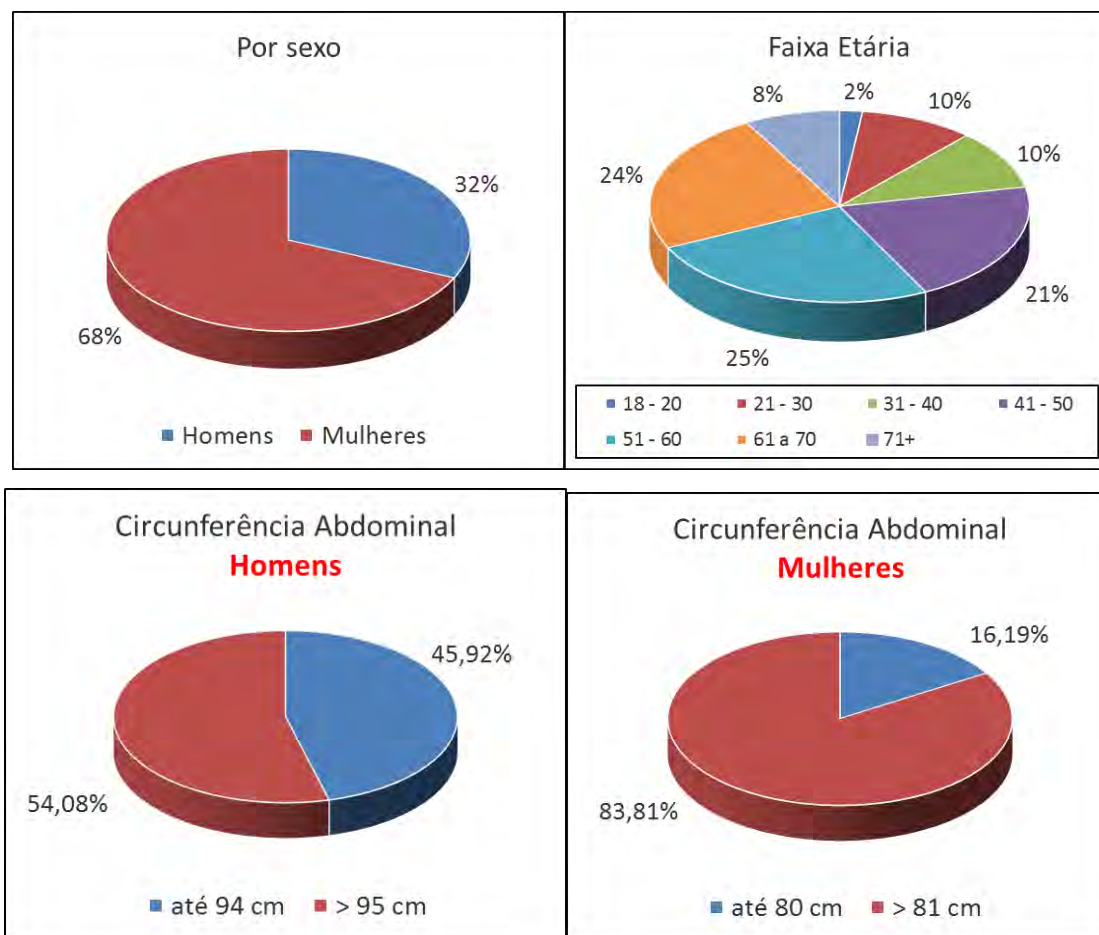
A rede de televisão Globo, através do programa Bem Estar, realizou em Brasília a ação social Bem Estar Global, que busca levar orientações básicas em saúde para o público. Em função da grande mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, ou seja, 31% das mortes no ano de 2012, a mensuração da pressão arterial e a identificação de diabetes mellitus são de essencial importância para evitar a evolução de doenças cardiovasculares (Rocha, 2017). Nesse sentido, uma das áreas da estrutura montada era destinada à Cardiologia e ficou a cargo da Sociedade Brasileira de Cardiologia em parceria com a Liga do Coração da Universidade Católica de Brasília. Foram realizadas medições e feitas orientações aos participantes acerca de fatores de risco cardiovasculares, prevenção primária e secundária.

Material e métodos

Relato de experiência de uma ação social do Bem Estar Global em Taguatinga no dia 06 de outubro de 2017, com participação da Liga de Cardiologia da Universidade Católica de Brasília. Foram realizadas mensuração de pressão arterial, teste de glicemia capilar, orientações quanto à alimentação e à prática regular de exercícios físicos. Os dados coletados foram analisados de modo a estabelecer um padrão comportamental do processo saúde-doença dos moradores de Taguatinga que participaram do evento e a fim de oferecer orientações em saúde a esse público.

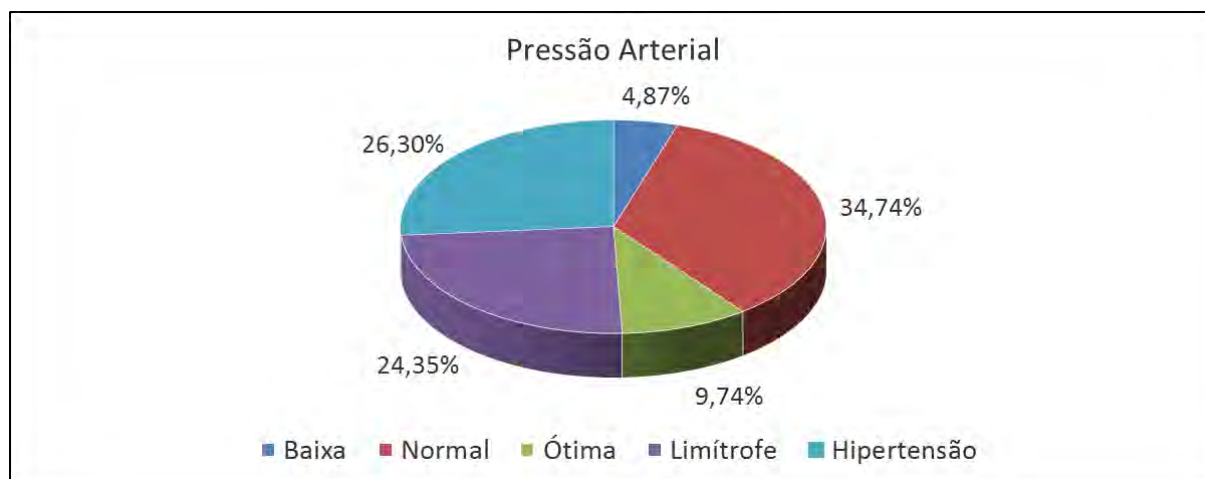
Resultados e Discussão

Ao todo, foram analisados os dados de 308 participantes. Para a mensuração da circunferência abdominal, foram considerados como limítrofes os valores de 80 e 94, para mulheres e homens, respectivamente. Grande parte da população analisada, com maioria feminina, possuía valores aumentados, conforme os gráficos a seguir:

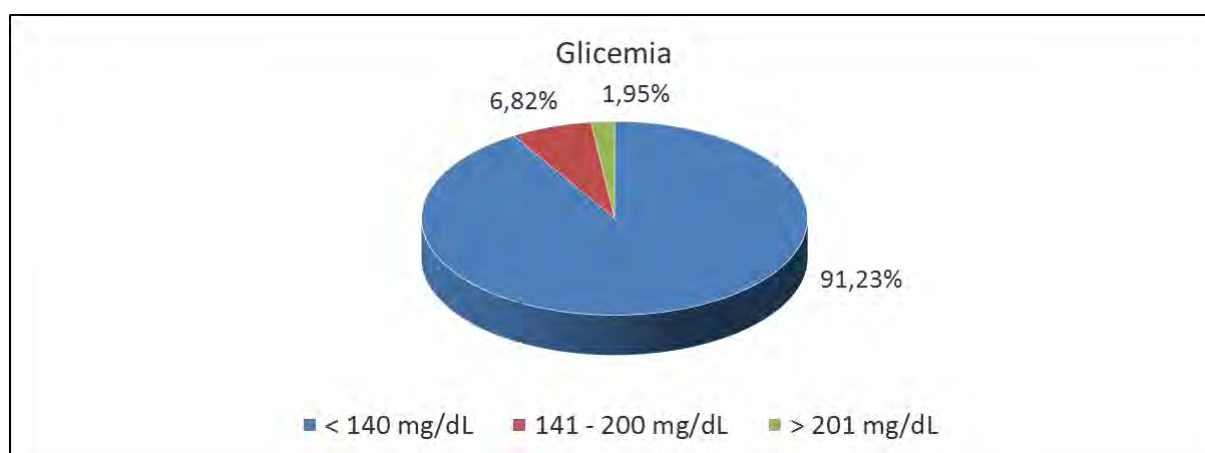


Pessoas com medidas que ultrapassavam tais limites receberam orientações quanto à ingesta adequada de alimentos e à necessidade de prática de exercício físico regular, ou seja, com frequência de pelo menos três dias na semana e com duração de, no mínimo, 30 minutos. Os valores de pressão arterial considerados como referência foram os valores de Pressão Sistólica (PS) ≥ 140 mmHg e Pressão Diastólica (PD) ≥ 90 mmHg (Malachias, 2016). Em 26,30% dos pacientes foram observados valores acima do considerado como limítrofe, ou seja, PS > 120 mmHg e PD > 80 mmHg. Para aqueles que já possuíam diagnóstico de Hipertensão Arterial, foram realizadas orientações quanto ao uso adequado da medicação, assim como a prática de mudanças de estilo de vida. Aos que não possuíam um diagnóstico prévio, foi realizado o encaminhamento para o cardiologista de apoio, presente no evento, assim como orientações quanto à importância da ingesta

adequada de carboidratos e lipídeos e os possíveis danos que o excesso deles pode ocasionar no organismo. Vale ressaltar que não foi possível realizar novos diagnósticos de Hipertensão Arterial, tanto porque este deve ser feito em duas medidas, pelo menos, quanto pelo fato de que os pacientes não estavam previamente em repouso. Os dados foram compilados no gráfico abaixo:



A glicemia foi medida pelo teste de glicemia capilar e as análises foram baseadas nos valores de referência para glicemia casual, a qual, em qualquer hora do dia, deve estar ≤ 200 mg/dL (Milech; 2016). A maioria da população analisada (91,23%) obteve valores dentro do limite. Aqueles cujos valores foram acima do ideal já possuíam diagnóstico prévio de Diabetes Mellitus tipo II e estavam em uso de medicação. Para estes, foi orientada a realização posterior de glicemia de jejum para melhor análise do quadro. Também foram orientados quanto à rotina alimentar e receberam instruções sobre a importância da manutenção de valores de glicemia dentro da normalidade. Os valores de glicemia encontrados estão no gráfico abaixo:



Conclusões

As ações educativas realizadas pela LICOR-UCB na ação social Bem Estar Global permitiram uma análise, embora em pequena escala, da situação de saúde e do risco cardiovascular da população do Distrito Federal, principalmente dos idosos, que eram maioria no evento, e moradores de Taguatinga, onde foi realizada a ação. Possibilitou, ainda, uma melhor percepção dos estudantes da área da saúde sobre a realização de medidas de prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares e de seus fatores de risco associados. Vale destacar que medidas como esta aproximam o futuro profissional de saúde de seu público-alvo e evidenciam a importância das medidas de prevenção, controle e mudanças de hábitos para uma vida mais saudável.

Referências bibliográficas

1. Malachias MVB, Souza WKS, Plavinik FL, Rodrigues CIS; Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83.
2. Milech A, Angelucci AP, Golbert A, Matheus A, Carrilho AJF; Ramalho AC, et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016), São Paulo: AC farmacêutica, 2016.
3. Rocha RM, Martins WA. Manual de prevenção cardiovascular. 1ª ed. São Paulo: Planmark; Rio de Janeiro: SOCERJ – Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro, 2017.

PREVENÇÃO QUATERNÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SEU PAPEL NA OTIMIZAÇÃO DO SUS

Lara Medeiros Amaral, Universidade Católica de Brasília, lara.m.amaral@hotmail.com

Lizandra Karoline Silva do Monte, Universidade Católica de Brasília, lizandraksm@hotmail.com

Osmar Nascimento Silva, Universidade Católica Dom Bosco, osmar.silva@catolica.edu.br

PALAVRAS-CHAVE: Iatrogenia. Multimorbidade. Automatismo diagnóstico. Saúde pública.

INTRODUÇÃO

O conceito de prevenção quaternária sintetiza de forma operacional e na linguagem médica vários critérios e propostas para o manejo do excesso de intervenções e de medicalização, tanto diagnóstica quanto terapêutica. Pode ser definida como a detecção de indivíduos em risco de tratamento excessivo, objetivando protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis. A prevenção quaternária, na atenção primária à saúde, deve ser destacada, uma vez que permeia todos os outros níveis de prevenção e, dessa forma, possui um importante papel na otimização da saúde pública. Posto que um dos fundamentos centrais da medicina é o *primum non nocere* “primeiro não prejudicar”, a prevenção quaternária deveria primar sobre qualquer outra opção preventiva ou curativa. No que se refere à prática e intervenção nos mecanismos do SUS, a prevenção quaternária no contexto precoce do processo saúde-doença atua na diminuição da iatrogenia e na ampliação dos cuidados com a multimorbidade, além de provocar a redução do automatismo diagnóstico e prescritivo.

Em tempos de intensa medicalização social advinda potencialmente da expansão de cuidados de saúde através do Programa Saúde da Família, a proteção de pacientes de intervenções médicas desnecessárias é de extrema importância para o incremento dos sistemas de saúde pública. A relevância da necessidade da prevenção quaternária faz-se indubitável frente às três principais bases iatrogênicas: triagem excessiva, exames complementares e medicalização de fatores de risco.

A multimorbidade, por sua vez, se tornou a norma para a maioria dos pacientes atendidos nos serviços de atenção primária à saúde. O tratamento de cada doença, com base no especialista focal, pressupõe que cada doença-índice seja dominante dentro de um sistema complexo e que as outras comorbidades se mantenham constantes, enquanto o seu manejo é centrado em uma única condição. Deste modo, aplicando-se as diretrizes de doenças-únicas para uma pessoa com cinco comorbidades crônicas, não importando quais sejam elas, resulta em uma polifarmácia

potencialmente nociva. Esta abordagem conduz a alta morbidade e mortalidade por reações adversas a medicamentos, que já ultrapassa as doenças-alvo como causas de morte. Sendo assim, a inclusão da prevenção quaternária nesse processo deve ser levada em conta pelos gestores de saúde, uma vez que introduz a noção de que cuidados medicamentosos preventivos e curativos em excesso comportam-se como fatores de risco para a saúde.

É importante ressaltar que a prevenção quaternária implica no fortalecimento e na reconstrução da capacidade crítica dos médicos, impactadas diretamente por transformações recentes da medicina, cada vez mais padronizada em protocolos que induzem uma estandardização e generalização das interpretações e dos tratamentos, pressupondo uma homogeneidade cada vez maior dos pacientes, contrária ao conceito de singularidade pessoal e existencial-social-psicológica. Assim, a prevenção quaternária induz os profissionais a manterem uma proximidade longitudinal e centrarem o cuidado nas pessoas e em suas vivências, protegendo-as de desvios induzidos pelos automatismos da ânsia diagnóstica e terapêutica. Sendo assim, um impacto altamente positivo pode ser feito em relação ao SUS, objetivando a amplificação da qualidade de tratamento e prevenção de doenças.

MATERIAL E MÉTODOS

O embasamento teórico da pesquisa para a construção do presente trabalho foi advindo de consultas as bases PubMed, Scielo e a Revista Brasileira de Família e Comunidade (RBMFC), com a utilização dos filtros *quaternary prevention*, *prevenção quaternária*, *saúde pública*, *atenção primária à saúde*, *SUS* e *iatrogenia*.

Estratégias e critérios de prevenção de doenças foram analisados a partir de documentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde. Por meio da leitura minuciosa destes arquivos, obteve-se conhecimento adequado quanto à distribuição e manejo da prevenção de doenças, enquadradas na atenção primária à saúde no contexto do SUS.

O modelo aprimorado de entrevista de Calagary-Cambridge, advindo do Reino Unido, foi estudado e utilizado para a ampliação do conhecimento acerca da estruturação da prevenção quaternária, objetivando a construção de uma argumentação crítica, teoricamente sustentada pela abordagem utilizada por médicos da família do Reino Unido e descrita como satisfatória para os padrões e sistema de saúde europeus.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do estudo sobre a distribuição e o manejo da prevenção de doenças no SUS, pode-se perceber que o conceito de doença se modifica ao longo do tempo e, com isso, os pontos de corte para designar o que é considerado doença invadem o que antes era considerado normal. Concomitantemente, os fatores de riscos são considerados como equivalentes a doenças e, deste modo, a diferença entre prevenção e cura se torna cada vez mais indistinta. O resultado desse processo é que há menos tolerância para com as oscilações e variações do processo saúde-doença individual, fazendo com que os médicos intervenham mais precocemente. A margem de “normalidade” diminui, os diagnósticos se expandem e indicam mais intervenções, aumentando a quantidade de pacientes com maior intensidade de recursos preventivos, diagnósticos e terapêuticos. Com isso, a prevenção quaternária deve ser desenvolvida continuamente e em paralelo com a atividade clínica, de modo a evitar o uso desnecessário e o risco das intervenções médicas.

Com o objetivo de prevenir a ocorrência de problematizações por atuação médica, evidentes na iatrogenia, na multimorbidade e no automatismo diagnóstico, a prevenção quaternária se fundamenta em dois princípios: proporcionalidade (o ganho com o tratamento deve superar os riscos) e precaução (primeiramente tratar, não lesar). Por meio destes, os cuidados médicos se tornam cientificamente e medicamente aceitáveis, necessários e justificados com o máximo de qualidade por meio do mínimo de intervenção possível. A prevenção quaternária obriga a resistir aos consensos, protocolos e guias sem fundamento científico, à corporação profissional-tecnológico-farmacêutica e inclusive à opinião pública. Implica, além disso, um compromisso ético e profissional, a ética da negativa, que consiste, sucintamente, em recusar intervenção quando desnecessária.

Para que a prevenção quaternária seja colocada em prática, deve-se promover a abordagem centrada no indivíduo, a medicina baseada em evidências e a centralização do cuidado na atenção primária à saúde, com longitudinalidade. A primeira diz respeito ao fato de que, mais do que fechar diagnósticos, há de se ouvir as queixas e refletir conjuntamente sobre as possibilidades diagnósticas, terapêuticas e prognósticas. A segunda, por sua vez, diz sobre a necessidade da utilização de conhecimentos da biomedicina que tenham o melhor grau de comprovação de sua eficácia pela ciência, aliados ao contexto e anseios do paciente. Ou seja, o consciencioso uso da melhor evidência atual para tomar uma decisão sobre o cuidado de um paciente individual. A terceira, em última instância, trata sobre o fortalecimento da atenção primária à saúde e de sua longitudinalidade, importante para o Programa de Saúde da Família.

CONCLUSÃO

A prevenção quaternária permite refletir sobre as práticas de saúde com ampla perspectiva a partir de diferentes níveis de complexidade. Esta reflexão, e posterior modificação de estruturas na saúde pública, objetivando a otimização do SUS, pode ser aplicada de modo diverso e amplo como, por exemplo, analisando a organização dos serviços de saúde, a comunicação com os pacientes, o balanço risco-benefício dos tratamentos, o efeito do sobrediagnóstico e do sobretratamento, as consequências dos tratamentos desnecessários e o conflito de interesses.

No que tange à Atenção Primária à Saúde relacionada ao SUS, uma estratégia integral de desenvolvimento humano e saúde, com enfoque de equidade e com impacto nos determinantes de saúde requer um sistema de saúde que promova a proteção e a prática dos direitos humanos relacionados à saúde. Neste contexto, o enfoque de prevenção quaternária tem um aporte essencial. Se for considerada como movimento e fortemente imposta, é capaz de impulsionar a promoção de mudanças na forma de exercer a medicina e no modo de organizar os sistemas de saúde com ênfase nos aspectos éticos, objetivando a proteção de pacientes e de integrantes da equipe de saúde dos excessos da medicalização e das intervenções médicas inapropriadas.

No que se refere ao contexto de saúde atual, pode-se verificar que os pacientes experimentam o ônus da doença e seus tratamentos, uma vez que atuam como alvos de mecanismos como a iatrogenia, a polifarmácia envolvida no tratamento da multimorbidade e o automatismo diagnóstico e prescritivo. Em contraposição à este fato, a prevenção quaternária oferece um modelo embasado em explorar uma ampla abordagem de cuidados relativos à saúde, centrados na real necessidade da intervenção médica.

Segundo Gérvas & Pérez-Fernández (2006), “A chave da prevenção quaternária é não iniciar a cascata de exames, não classificar o paciente, não abusar do poder de definir o que é enfermidade, fator de risco e saúde. Há que se resistir tanto à pressão da corporação farmacêutica, tecnológica e profissional como também dos pacientes. Há que se desenvolver e estruturar uma ética negativa, baseada no contrato social implícito que exige do médico o cumprimento de sua obrigação, mesmo que haja uma demanda insaciável para iniciar a cascata diagnóstica e preventiva desnecessária”.

O desenvolvimento e o ensino em larga escala da prevenção quaternária devem tornar-se uma estratégia na educação permanente no SUS e na formação dos profissionais de saúde, para que práticas de excelência em atenção primária à saúde possam ser desenvolvidas e consolidadas na Estratégia Saúde Família, a fim de que diminuam a medicalização e a iatrogenia do cuidado, ainda relativamente pouco percebidas no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MANGIN, D.; HEATH, I. Multimorbidity and Quaternary Prevention (P4). *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Rio de Janeiro, 10(35):1-5, 2015. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1069](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1069).
2. NORMAN, A.H.; TESSER, C.D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(9):2012-2020, set, 2009.
3. PIZZANELLI, M.; ALMENAS, M.; QUIRÓS, R.; PINEDA, C.; CORDERO, E.; TAUREAUX, N.; et al. Prevenção Quaternária: Ética Médica, Avaliação e Eficiência nos Sistemas de Saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Rio de Janeiro, 11(Suppl 2):75-85, out-dez, 2016. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(0\)1388](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1388).

PROBLEMATIZANDO A ABORDAGEM DAS DSTs NA ATENÇÃO BÁSICA

Tainá Alves Martins Cordeiro, Universidade Católica de Brasília, taina.amc@hotmail.com

Kathleen Dianne Gomes Cavalcante, Universidade Católica de Brasília,

kathleengomes_c@hotmail.com

Larissa Figueredo Mascarenhas, Universidade Católica de Brasília, larii.mascarenhas@gmail.com

Raphael Andrade Gonçalves Borges, Universidade Católica de Brasília, agb.rafael@gmail.com

Sônia Maria Gerales, Universidade Católica de Brasília, soniageraldes@ig.com.br

Palavras-chave: Infecções sexualmente transmissíveis. Estratégia Saúde da Família. Questionamento.

Introdução

As doenças sexualmente transmissíveis são de caráter epidemiológico relevante quando se diz respeito a quantidades e condições em que estas se estabelecem. Sabe-se que a abordagem desse tipo de doença é feita na atenção primária de saúde e que deve ser cuidada seguindo condutas adequadas. No entanto, a Estratégia Saúde da Família não tem sido corretamente executada em prol dessa problemática. Alguns fatores como a falta de computação de dados, de preparo de profissionais da saúde e também falta de uniformidade e consolidação de um atendimento eficaz que não seja segmentado representam a dificuldade em promoção plena da saúde nesse âmbito.

Material e métodos

Trata-se de uma revisão de literatura baseada em artigos publicados nas bases de dados PubMed e Scielo, buscando-se os seguintes descritores: “DSTs”; “atenção básica” e “saúde da família”, com restrição de publicações dos últimos 10 anos. Além dos artigos o trabalho foi estruturado com base no manual do Ministério da Saúde (2015) de atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis.

Resultados e discussão

A Estratégia Saúde da Família é uma estratégia do Ministério da Saúde para reorganizar o sistema de saúde nacional, visando os princípios básicos do SUS de universalização, integralidade, descentralização, hierarquização e participação popular. Nesse propósito seus serviços necessitam

ser estruturados para permitir o acolhimento, o diagnóstico precoce, assistência e encaminhamento, se necessário, de portadores de doenças sexualmente transmissíveis às unidades especializadas.

No entanto, as ações previstas nos manuais do Ministério da Saúde não são aplicadas na prática diária devido a inúmeros obstáculos. A vigilância epidemiológica que é preconizada como ferramenta no planejamento das ações, em relação aos casos de DSTs, não está sendo utilizada, como podemos observar pelo desconhecimento dos dados epidemiológicos da comunidade. A ausência de capacitação dos profissionais da ESF visando a abordagem do tema DSTs, principalmente, na maneira como lidar com esse paciente e seus familiares, evidenciando não apenas a cura da doença e sim o contexto social em que ela está inserida. A limitação do cuidado desses pacientes pela ESF, uma vez que as ações relacionam-se basicamente com orientações de prevenção e solicitações de testes, dispensando o acompanhamento desses pacientes para os serviços especializados. A corresponsabilidade dos serviços aos portadores de DSTs é preconizada, possibilitando um acompanhamento conjunto tanto do centro especializado, quanto da ESF, porém existe uma desconexão entre as redes assistenciais, o que no âmbito da saúde coletiva resulta na fragmentação da atenção e dificuldade de adesão desses pacientes.

Os portadores de DSTs continuam sendo discriminados nos vários níveis do sistema de saúde. O atendimento inadequado resulta em segregação e exposição a situações de constrangimento, exemplificadas na exposição dos pacientes em locais sem privacidade ou no despreparo dos funcionários em relação ao sigilo e aos próprios julgamentos. Além do princípio de territorialidade da ESF, que prejudica a confidencialidade necessária a conjuntura da doença. Compreende-se, então, que nesse contexto de abordagem dos pacientes, o papel dos profissionais de saúde da atenção básica, no que diz respeito a prevenção e promoção de saúde referente às DSTs, como sendo uma função primordial que requer meios para seja eficaz.

Os estudos trazem uma abordagem multifatorial onde identifica-se a necessidade de uma estrutura básica para atendimento, como a capacidade de garantir privacidade ao paciente, sala e material adequado para realizar campanhas de educação em saúde. Considera-se também o modo de abordagem do paciente pelo profissional de saúde, baseado no modelo biomédico, voltado para diagnóstico e conduta frente à doença já estabelecida ou numa atenção ampla, pautada sobre abordagem do tema até em situações em que a busca por atendimento se dá por outros aspectos, além de abranger as questões sociais e individuais referentes ao processo de adoecimento. Pode-se deduzir, então, uma sistematização da abordagem, onde considera-se a conscientização sobre o tema como sendo o primeiro passo, seguido por atendimento adequado, diagnóstico e tratamento efetivos.

Conclusão

A porta de entrada para o atendimento aos portadores de DSTs é a ESF, dessa forma a atenção básica é responsável pela prevenção, promoção, assistência, diagnóstico e tratamento dos pacientes e parceiros sexuais. Apesar dos avanços o atendimento ainda tem restrita capacidade resolutiva e alguns obstáculos estão presentes como a não consolidação da vigilância epidemiológica, ausência de capacitação periódica dos profissionais, fragmentação da atenção, a abordagem baseada somente no modelo biomédico e logística de atendimento e acolhimento desses pacientes. Além disso, é fundamental que o atendimento comece na atenção básica e continue se necessário, no centro especializado.

Referências Bibliográficas

- HIV/Aids, hepatites e outras DST / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, Secretária de Vigilância em Saúde, Departamento de DSTs, Aids e Hepatites Virais – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- RODRIGUES, Lígia Maria Cabedo et al. Abordagem às doenças sexualmente transmissíveis em Unidades Básicas de Saúde da Família. **Cogitare Enfermagem**, Campina Grande, v. 16, n. 1, p.63-69, mar. 2011.
- VAL, Luciane Ferreira do; NICHATA, Lucia Yasuko Izumi. A integralidade e a vulnerabilidade programática às DST/HIV/AIDS na Atenção Básica. **Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. spe, p. 145-151, agosto 2014 .
- ZAMBENEDETTI, Gustavo; BOTH, Nalu. Problematicando a atenção em HIV-Aids na Estratégia Saúde da Família. **Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 1, n. 2, p.99-119, maio 2012.

PROPAGANDAS TELEVISIVAS DE CARÁTER ALIMENTAR: QUAL INFLUÊNCIA PARA O PÚBLICO INFANTIL?

Ângela Maria Vassalo De Lima, Universidade Católica de Brasília (lima.angeela@gmail.com);

Cristine Savi Fontanive, Universidade Católica de Brasília (cristinesavi@gmail.com);

Iama Marta de Araújo Soares; Universidade Católica de Brasília (iamasoaresh@yahoo.com.br);

Marcus Vinícius Vascomcelos Cerqueira, Universidade Católica de Brasília

(marcusc@ucb.br).

Palavras-chave: Alimentação infantil. Marketing. Alimentos ultraprocessados.

INTRODUÇÃO

Nos primeiros anos de vida a alimentação adequada é especialmente importante para a criança, haja vista que está intimamente relacionada ao seu desenvolvimento e prevenção de doenças, desde a amamentação exclusiva (que perdura do nascimento até os 6 meses de idade), até a correta introdução alimentar e formação de hábitos alimentares (MONTRONE, et al, 2013).

A construção dos hábitos alimentares é fortemente elaborada na infância, sua constituição é influenciada por fatores genéticos, ambientais e psicológicos, sendo fundamental o incentivo do consumo de alimentos naturais e o desencorajamento de alimentos processados e ultraprocessados. Além disso, a alimentação deve ser adequada e variada, de acordo com a idade, peso e altura da criança, proporcionando um aporte calórico apropriado, além da contribuição satisfatória de vitaminas, minerais e fibras, sempre com total atenção ao sabor e apresentação, evitando a monotonia alimentar (MONTRONE, et al, 2013; SPARRENBARGER, 2014).

Cabe registrar que a oferta de alimentação inadequada na infância pode levar a défices de macro e micronutrientes; podendo comprometer o crescimento e desenvolvimento e causar imaturação biológica, principalmente nos sistemas nervoso e imune. A ingestão dietética desapropriada está associada também ao surgimento desnutrição e Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como obesidade, dislipidemia, hipertensão arterial, diabetes, entre outras. Sendo assim, é importante a oferta de alimentos saudáveis em todas as fases da vida, tanto em casa, quanto na escola (ALVES; MUNIZ; VIEIRA, 2013; INOUE, et al, 2015)

A incidência de DCNT em crianças está intimamente relacionada ao aumento do consumo de alimentos industrializados, processados e ultraprocessados, que apresentem em sua composição elevadas concentrações de açúcar, sal e gordura. Estudos apontam a diminuição no consumo de

alimentos *in natura* e alimentos minimamente processados; o aumento do consumo de alimentos processados e uma elevação ainda maior no consumo de alimentos ultraprocessados. O maior consumo de alimentos processados e ultraprocessados pelas crianças está coligado à menor ingestão de fibras, acarretando um risco maior na propagação de obesidade, assim como outras DCNTs, além de constipação, isso também se dá, à falta de tempo apresentada pelos pais e cuidadores, que por muitas vezes trabalham fora ou possuem outras tarefas e acabam por ofertar alimentos industrializados, por já estarem prontos, não sabendo qual o malefício que esses podem trazer, sendo eles a maior causa de sobrepeso nas crianças (BARCELOS; RAUBER; VITOLO, 2014; JESUS, et al, 2010).

Ressalte-se que esse elevado consumo de alimentos industrializados é incentivado pelo *marketing*, veiculados em outdoors, programas televisivos e, sobretudo comerciais, que não poupam esforços em persuadirem as crianças a desejarem e consumirem os alimentos divulgados, sendo que estas relacionam as propagandas aos produtos, e desde muito pequenas já exigem que seus pais os comprem. As crianças assistem às propagandas e ao chegarem nos supermercados se deparam com os alimentos outrora divulgados, vez que esses são facilmente visualizados devido às embalagens chamativas e por serem colocados em locais de fácil acesso. Sendo assim, necessário o estudo para limitar a publicidade alimentar, principalmente para o público infantil, seja proibindo ou restringindo os horários e locais, ou até mesmo proibindo essa publicidade destinada às crianças (ZUCCHI, 2015; MONTEIRO, CASTRO, 2009).

Nesse diapasão, são inúmeras as estratégias de *marketing* utilizadas para atingir e manter os consumidores ao consumo de produtos industrializados. Quase sempre, utilizam personagens famosos, encontrados em desenhos e filmes, como divulgadores, e, também, de personagens criados pelas próprias marcas, que chamam cada vez mais a atenção do público infantil. Uma das estratégias mais utilizadas para o consumo dos alimentos é a de explorar os sentidos, visando mormente, a conquista do paladar, em que os produtos são acrescidos de algum componente químico que manipulam o sabor do alimento, tornando-os mais atrativos, além do preço encontrado, que ao ser comparado à outros alimentos, nota-se que é menor, tornando-se mais atrativo. Outra estratégia, muito utilizada pelos *fast-foods*, é a venda casada, sendo que, aliado ao alimento, é oferecido um brinde, que, normalmente, trata-se de um brinquedo que faz alusão a um personagem famoso. Desse modo, do ponto de vista nutricional, os pais e profissionais têm encontrado cada vez mais dificuldades para educar suas proles (BARROS, 2015; CLARO, et al, 2016).

Com efeito, essa dificuldade advém do elevado tempo que as crianças são expostas à televisão, pelos pais ou cuidadores, ou por falta de informação acerca das propagandas alimentícias

que são veiculadas, ou por precisarem desempenhar atividades impossíveis de serem realizadas em concomitância com o oferecimento de atenção à criança, levando ao aumento na compra, no depósito em casa desses alimentos nas dispensas, aumentando assim o consumo dos mesmos (MONTEIRO, 2009; MARTINS, et al, 2013).

Dados revelam que as crianças ficam cerca de 5 a 6 horas do dia em frente à televisão, sendo submetidas a diversas propagandas de alimentos, que atingem mesmo as crianças muito pequenas e não alfabetizadas, as quais respondem inicialmente aos sons e imagens e não à palavra escrita. Outrossim, a extensa exibição dos pequenos à televisão pode levá-los ao sedentarismo, pois o tempo gasto em frente à televisão, poderia ser melhor aproveitado para realizar algum tipo de atividade ou brincadeira que estimule o movimento corporal (MOURA, 2010).

Dessa forma, o presente trabalho tem por objetivo analisar as propagandas exibidas nos canais de televisão fechados com programação voltada ao público infantil, os produtos por elas apresentados, o tema envolvido para chamar a atenção das crianças, bem como a informação nutricional desses produtos e os benefícios ou malefícios para a alimentação infantil acerca do produto apresentado.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo consiste em um estudo observacional, trata-se de uma análise do conteúdo de propagandas alimentares apresentadas em canais infantis fechados.

Foi realizada uma observação em três canais com programação exclusivamente infantil, encontrados em canais de televisão por assinatura, sendo o público alvo a crianças entre a faixa etária de 5 até 6 anos.

Primeiramente foi elaborado um roteiro a ser seguido para a coleta de dados ao se observar as propagandas. Constando: a) nome do comercial; b) nome do produto; c) tempo do comercial; d) classificação de alimento apresentado, se era lanche, bebida ou algum tipo de comida; e) qualidade da informação apresentada, se o que era utilizado para chamar a atenção era o uso de personagem ou a figura da família ou valorização do sabor do produto e; f) a descrição do comercial.

Após a identificação do produto, o rótulo comercial foi analisado para uma análise mais detalhada da sua qualidade nutricional. Para discussão dos resultados os produtos foram divididos em 4 grupos: Complementos Alimentares, Bebidas Lácteas, Produtos destinados à lanches e Lanches Completos que substituem uma refeição (*fast foods*).

Os comerciais foram assistidos em dias e horários diferentes, para uma melhor abordagem quanto ao horário e frequência em que eles foram exibidos. Foram necessárias 6 semanas,

aproximadamente 40 horas, selecionados e assistidos em três canais de televisão, em turnos variados, manhã, tarde e noite, sendo encontrados um maior número de comerciais encontrados nos períodos do meio da manhã entre 9h e 11h e tarde de 12h às 18h.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram assistidos e analisados 12 comerciais diferentes, que são repetidos por diversas vezes, contendo uma variedade de produtos, como: biscoito recheado, cookies, bebidas lácteas, leite fermentado, queijo processado, bolos industrializados, complementos alimentares e lanches que continham hambúrgueres, refrigerantes, batatas fritas e iogurte *petit suisse*.

Dos comerciais encontrados, a maioria busca chamar a atenção do público infantil, poucos são os voltados aos pais, dos 12 comerciais apresentados, apenas 2 são voltados para os pais e os outros 10 são destinados a chamar diretamente a atenção das crianças, com músicas, animações, personagens, família, outras crianças, brincadeiras e aventuras vivenciadas por elas nas propagandas.

Várias estratégias de *marketing* visando chamar a atenção e atingir as crianças para o consumo do produto. Na busca por chamar cada vez mais a atenção, não só das crianças, como também dos pais, em alguns comerciais são utilizadas frases como “Alimente com amor”, “Uma receita de amor”, “Seu aliado para uma nutrição mais completa” voltadas para a figura familiar, envolvendo principalmente a mãe, em que na maioria das vezes é a mais influente e importante para a criança no momento da escolha alimentar, sendo essas propagandas mais calmas, com músicas menos chamativas, mostrando a família, o ambiente familiar, a mãe cuidando de seu filho e tendo várias demonstrações de afeto.

Percebe-se o apelo da mídia ao mostrar que a mãe permite que o filho coma o que deseja, por não aceitar bem os alimentos mais saudáveis, como frutas e verduras, então, ela complementa a alimentação do filho com o produto, oferecendo assim uma alimentação completa, pois o produto oferece as vitaminas faltantes.

Nos “complementos alimentares industrializados”, observa-se que em uma pequena porção, de 30 ou 40 gramas, que equivale à aproximadamente duas colheres de sopa, são apresentados valores elevados de energia (kcal), com cerca de 7%, 35% de carboidrato (CHO), 2% de proteína (PTN), e 2 % de sódio, e que muitos pais utilizam até mais de uma porção na alimentação dos filhos, considerando ainda a necessidade de outros alimentos para completar a nutrição diária, além de não conter fibras, com 0%.

Nas “bebidas lácteas”, se tratando de três achocolatados e leite fermentado, observa-se que são encontradas porções elevadas de energia com cerca de 8% nos achocolatados e 3% no leite fermentado, de carboidrato com média de 30% nas bebidas lácteas e 11% no leite fermentado, haja vista que a porção de leite fermentado é menor, já a proteína, com média de aproximadamente 2%, lipídeo com até 9% nas bebidas lácteas e sódio, possuindo até 10% da alimentação diária; Sem quantidades significativas de fibra alimentar. Sabendo-se que muitas crianças consomem mais que uma porção ao dia em mais de uma refeição.

Os “alimentos destinados ao lanche”, como queijo processado, bolinho, *cookie* e biscoito recheado, os valores de energia compõem até 12% da alimentação diária, se tratando de apenas uma porção proposta pelo fabricante, proteína, contendo até 3 %, lipídeo, com até 18%, como é o caso do bolinho, que compõe o lanche acompanhado ainda por outros alimentos, gordura saturada, com até 25% e sódio, que contém até 10% da alimentação diária, esses valores são bem notáveis, se apresentando em uma pequena porção de 30 gramas, sem quantidades significativas de fibra.

Os “lanches completos” destinados às crianças, encontrados nos *fast-foods*, que são vinculados sempre a brindes, como brinquedos, são apresentados na tabela 4, em que o lanche 1 é composto por hambúrguer, batata-frita e refrigerante, em que são identificadas porções relevantes de energia, compondo 35% da alimentação diária, se somados, pois geralmente são ingeridos em uma mesma refeição, carboidrato, com 48%, proteína, com 34%, lipídeo, 84% gordura saturada, 46%, e sódio, com 46% da alimentação diária, tratando-se de apenas uma refeição, possuindo ainda pouca ou nenhuma quantidade de fibra. No lanche 2, constituído de hambúrguer, batata-frita, refrigerante e iogurte *petit-suisse*, expõe relevância também em energia, com 26% do valor diário proposto em uma dieta de 2000kcal, carboidrato, 26%, lipídeo, 32%, gordura saturada, 8% e sódio, com 33%, quando somados, ainda não apresentando grande impacto em fibras, com 5%, tratando-se de uma refeição completa.

A ingestão excessiva de alimentos ricos em gorduras é responsável por causar o aumento de doenças cardiovasculares. A ingestão excessiva de sódio também é um problema, pois faz com que o organismo retenha líquidos e aumente de volume, podendo aumentar a pressão sanguínea, levando ao surgimento de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), responsável por possíveis manifestações futuras de infarto e Acidente Vascular Cerebral (AVC) (PIMENTA, MASSON E BUENO, 2011; SANTOS et al., 2012).

O marketing televisivo é o maior influenciador com relação ao consumo de produtos primários, como os alimentos, influenciando nas preferências alimentares das crianças e quanto a sua formação como consumidoras, pois ainda não possuem maturidade suficiente para com suas

escolhas, em que as propagandas mostram os produtos, como bons, em bons ambientes e as propagandas falam sempre de seus benefícios. O que se mostra bastante importante, devido à maioria dos brasileiros terem acesso a televisão e que as crianças a assistem em média 5 horas do dia de programação televisiva. As crianças são um alvo vulnerável para o *marketing*, e assim os órgãos de defesa do consumidor e televisivo buscam protegê-las. Isso se dá, porque elas ainda estão em fase de formação de seus valores e crenças sobre tudo o que lhes é colocado (MONTEIRO, 2009; FIATES, et al, 2006; MATTOS, et al, 2010; MARINS, et al, 2011).

Nesse sentido, ações no ambiente familiar devem propor intervenções sobre o contexto de mudanças nos hábitos alimentares de toda a família, com enfoque em refeições à mesa e não em frente à televisão, a prática de atividades em conjunto, como desportivas ou passeios no final de semana, bem como a realização de intervenções, o incentivo a brincadeiras e dinâmicas, para melhora nos conhecimentos nutricionais e o incentivo à atividade física, principalmente nas escolas, mostrando a importância da mesma, para o desenvolvimento da criança e a diminuição do risco de sedentarismo, excesso de peso e o desenvolvimento de doenças em seu crescimento. Evitando assim, que a criança fique sedentária em casa, em frente à televisão, videogames e computadores (PIMENTA, MASSON E BUENO, 2011; MARCZAL; BERNARDI; NOVELLO, 2017; RODRIGUES, ALVEZ E AMORIM, 2015; SANTOS, 2005).

Estudos apontam que a escolha por alimentos ultraprocessados também se dá pelo baixo preço que eles portam, tornando-se viável para o consumo, também por sua rapidez e conveniência, principalmente para as famílias de baixa renda. Sendo importante o incentivo, apoio e proteção a opções alimentares saudáveis, tanto por pais, quanto por cuidadores, pois esses alimentos também se tornam uma opção, devido à falta de tempo alegada por eles, ou até mesmo pela falta de informação, então acabam propondo o que é mais rápido e viável no momento, em que acabam julgando ser o mais saudável, mostrando a importância da obtenção do conhecimento quanto à composição, rotulagem, embalagem e estratégias de propaganda e *marketing* envolvidas para obtenção desses produtos (MONTEIRO, CASTRO, 2009; MONTRONE, et al, 2013; PONTES, et al, 2009).

Nesse contexto, a sedução, persuasão e indução ao consumo, levam o consumidor a desconsiderar a necessidade de explanação sobre as informações nutricionais dos alimentos. Sendo alguns direitos negados ao consumidor, como os direitos a informação, a saúde e o da escolha consciente (MARINS, ARAUJO, JACOB, 2009; REIS, VASCONCELOS, BARROS, 2011; SANTOS, et al, 2012).

CONCLUSÃO

Conforme o estudo realizado, com análise das propagandas e alimentos trazidos por elas, nota-se que a mídia utiliza-se de diversas estratégias de *marketing* visando cada vez mais chamar a atenção das crianças, como músicas, cores, personagens, família, amigos e embalagens que são diretamente voltadas a elas, obtendo assim grande influência sobre a alimentação dos pequenos que ao assistirem as propagandas solicitam os produtos.

Sendo assim, é importante que os pais e cuidadores tomem cuidado com o que seus filhos são expostos ao serem colocados em frente à televisão, pois são diversas as propagandas e que passam repetidamente durante o dia. Deve-se também buscar mais informações quanto aos produtos apresentados e observar as suas tabelas e composições nutricionais, pois existem quantidades relevantes de quilocalorias, carboidratos, proteína, lipídeo e gordura saturada; que em excesso podem trazer malefícios à saúde, com o desenvolvimento de DCNT

Salienta-se também que o período extenso de permanência em frente à televisão pode causar sedentarismo, além de que esses alimentos possuem quantidades insignificantes de fibra alimentar, mostrando serem ainda mais danosos à saúde.

Conclui-se que é necessário que as famílias observem mais os comerciais aos quais as crianças são expostas, analisar os alimentos que estão sendo expostos, verificando devidamente a lista de ingredientes e a quantidade de nutrientes contidos nos produtos. Também se faz necessário que busquem a informação adequada com profissionais capacitados para que se saiba o que de melhor pode ser ofertado e incentivando hábitos alimentares adequados.

Mais estudos precisam ser realizados para avaliar significativamente a influência dessas propagandas na alimentação das crianças e o comportamento dos pais perante a situação, pois tratam-se de alimentos ultraprocessados, com baixa qualidade nutricional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, Mabel Nilson et al. Consumo alimentar entre crianças brasileiras de dois a cinco anos de idade: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), 2006. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 18, n. 11, p.3369-3377, nov. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232013001100026>.
- BARCELOS, Giovanna Tedesco; RAUBER, Fernanda; VITOLO, Márcia Regina. Produtos processados e ultraprocessados e ingestão de nutrientes em crianças. **Ciência & Saúde**, [s.l.], v. 7, n. 3, p.155-162, 31 dez. 2014. EDIPUCRS. <http://dx.doi.org/10.15448/1983-652x.2014.3.19755>.

BARROS, Milla Previtera. **A INFLUÊNCIA DA PUBLICIDADE DE ALIMENTOS NA OBESIDADE INFANTIL**. 2015. 41 f. TCC (Graduação) - Curso de Comunicação Social, Uniceub, Brasília, 2015.

CLARO, Rafael Moreira et al. Preço dos alimentos no Brasil: prefira preparações culinárias a alimentos ultraprocessados. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 32, n. 8, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00104715>.

FIATES, G. R. M.; AMBONI, R. D. M. C.; TEIXEIRA, E. Marketing, hábitos alimentares e estado nutricional: aspectos polêmicos quando o tema é o consumidor infantil. **Alimentos e Nutrição**, Araraquara, v. 17, n. 1, p. 105-112, jan./mar. 2006.

INOUE, Denise Yukari et al. Consumo alimentar de crianças de 12 a 30 meses que frequentam Centros Municipais de Educação Infantil no município de Colombo, Sul do Brasil. **Revista de Nutrição**, [s.l.], v. 28, n. 5, p.523-532, out. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1415-52732015000500007>.

JESUS, Gilmar M. de et al. Fatores determinantes do sobrepeso em crianças menores de 4 anos de idade. **Jornal de Pediatria**, [s.l.], v. 86, n. 4, p.311-316, ago. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0021-75572010000400011>.

MARCZAL, Liana; BERNARDI, Luana; NOVELLO, Daiana. Eficácia da intervenções educacionais sobre os conhecimentos em nutrição e atividade física de escolares. **Multitemas**, Campo Grande, v. 22, n. 51, p.155-178, jan. 2017.

MARINS, Bianca Ramos et al. A propaganda de alimentos: orientação, ou apenas estímulo ao consumo?. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 16, n. 9, p.3873-3882, set. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011001000023>.

MARINS, Bianca Ramos et al. A propaganda de alimentos: orientação, ou apenas estímulo ao consumo?. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 16, n. 9, p.3873-3882, set. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011001000023>.

MARTINS, Ana Paula Bortoletto et al. Participacao crescente de produtos ultraprocessados na dieta brasileira (1987-2009). **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 47, n. 4, p.656-665, ago. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-8910.2013047004968>.

MATTOS, Marilia Costa et al. Influência de propagandas de alimentos nas escolhas alimentares de crianças e adolescentes. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 12, n. 3, mar. 2010.

MONTEIRO, Carlos Augusto; CASTRO, Inês Rugani Ribeiro de. POR QUE É NECESSÁRIO REGULAMENTAR A PUBLICIDADE DE ALIMENTOS. **Ciencia e Cultura**, São Paulo, v. 61, n. 4, p.1-1, jan. 2009.

MONTEIRO, Carlos Augusto; CASTRO, Inês Rugani Ribeiro de. POR QUE É NECESSÁRIO REGULAMENTAR A PUBLICIDADE DE ALIMENTOS. **Ciencia e Cultura**, São Paulo, v. 61, n. 4, 2009.

MONTEIRO, Renata Alves. **Influência de aspectos psicossociais e situacionais sobre a escolha alimentar infantil**. 2009. 225 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

MONTRONE, Aida Victoria Garcia et al. Percepções e práticas de cuidadoras comunitárias no cuidado de crianças menores de três anos. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s.l.], v. 11, n. 3, p.659-678, dez. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1981-77462013000300011>.

MOURA, Neila Camargo de. INFLUÊNCIA DA MÍDIA NO COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, v. 1, n. 17, p.113-122, 2010.

PIMENTA, Dênia Velloso; MASSON, Daniela Fagioli; BUENO, Milena Baptista. Análise das propagandas de alimentos veiculadas na televisão durante a programação voltada ao público infantil. **Health Sci Inst**, São Paulo, v. 29, n. 1, p.52-55, mar. 2011.

PONTES, Tatiana Elias et al. Orientação nutricional de crianças e adolescentes e os novos padrões de consumo: propagandas, embalagens e rótulos. **Revista Paulista de Pediatria**, [s.l.], v. 27, n. 1, p.99-105, mar. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-05822009000100015>.

REIS, Caio Eduardo G.; VASCONCELOS, Ivana Aragão L.; BARROS, Juliana Farias de N.. Políticas Públicas de nutrição para o controle da obesidade infantil. **Revista Paulista de Pediatria**, Viçosa, v. 4, n. 29, p.625-633, jan. 2011.

RODRIGUES, Alexandrina; ALVES, Odete; AMORIM, Elsa. Impact of the Childhood Obesity Intervention Project on primary school children from a cluster of schools. **Revista de Enfermagem Referência**, [s.l.], v. 5, n. , p.57-64, 30 jun. 2015. Health Sciences Research Unit: Nursing. <http://dx.doi.org/10.12707/riv14062>.

SANTOS, Cíntia da Conceição et al. A INFLUÊNCIA DA TELEVISÃO NOS HÁBITOS, COSTUMES E COMPORTAMENTO ALIMENTAR. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 17, n. 1, 31 mar. 2012. Universidade Federal do Parana. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i1.26376>.

SANTOS, Ligia Amparo da Silva. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 5, p.681-692, out. 2005.

SPARRENBURGER, Karen. **Consumo de alimentos ultraprocessados e fatores associados em crianças de uma unidade básica de saúde de Porto Alegre, RS**. 2014. 94 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

ZUCCHI, Natália Durigon. Alimentos ultraprocessados direcionados a crianças: disponibilidade, informação nutricional complementar e opinião de consumidores infantis. Florianópolis, 2015. Dissertação (Mestrado em Nutrição) – Programa de Pós-Graduação em Nutrição, Universidade Federal de Santa Catarina. 2015. 111 p.

PROVAS DE COAGULAÇÃO: UMA ABORDAGEM SOBRE AS METODOLOGIAS DOS DIAS DE HOJE

Arianny Ribeiro Marques: annymarks@hotmail.com
Heitor Henrique: heitor_509@hotmail.com
Tulio Freire: tulioy58@gmail.com
Sherlanne Gomes: sherlanne.zoe@gmail.com
Camila Maciel: camilatassiamaciell10@gmail.com
Thays Silva: thaysucb@gmail.com
Simone Cruz Longatti.

Universidade Católica de Brasília

Resumo: O objetivo do trabalho é explicitar e informar sobre as provas de coagulação usadas diariamente nos hospitais de todo o mundo. Desta forma, foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados do Ministério da Saúde, livros de hematologia e SciELO, no período de dois meses, compreendendo artigos em português que conseguiram abordar com facilidade sobre o assunto.

Descritores: *Coagulação. Coagulopatias. Agregação plaquetária.*

INTRODUÇÃO

Com o avanço da medicina e de tecnologias na realização de exames para a conclusão exata de coagulopatias, tornou-se necessário a realização de estudos mais aprofundados e acessíveis, dos quais tem por objetivo, influenciar de forma positiva no diagnóstico e no tratamento adequado.

A coagulação é um processo natural, do qual uma série de fatores desencadeiam um mecanismo de ação para manter a hemóstase – processo pelo qual o organismo procura controlar a perda sanguínea através de um vaso lesionado, de modo que tal perda não seja prolongada, evitando assim, o que conhecemos como perda sanguínea severa. – A cascata que causa esse processo é composta por diversos tipos de agentes anticoagulantes como as prostaglandinas, as trombomobulinas, proteína C e agentes procoagulantes como o fator de Von Willebrand, a fibronectina e a tromboplastina. As células do endotélio também atuam na cascata de coagulação e interferem com fatores antiagregantes e proagregantes, dos quais tem como principais fatores que interferem na síntese de PGI₂, o LDL e o HDL.

DESENVOLVIMENTO

Os agentes envolvidos na coagulação são, basicamente, moléculas que aumentam e diminuem a agregação plaquetária, indispensáveis para a manutenção da hemóstase dos indivíduos. A hemostasia pode ser dividida em três fases, sendo que cada uma delas possui uma fase única de característica própria das quais englobam aspectos exclusivos tanto nos agentes intrínsecos quanto nos extrínsecos e depende de diversos fatores como vasculares, plaquetários e fibrinolíticos.

Portanto, é correto afirmar que a hemostasia pode ser entendida como todo o fenômeno fisiológico que mantém o sangue em sua forma fluida no interior dos vasos sanguíneos, ao mesmo tempo em que bloqueiam a sua saída para os tecidos.

O marco zero que leva à cascata de coagulação, começa na lesão vascular com a ruptura de um tecido. Após a lesão, ocorre a atração de plaquetas e aderência de fibras de colágeno, formando um trombo na ruptura que evita o extravasamento contínuo do sangue para os tecidos. As principais moléculas envolvidas na coagulação são as prostaglandinas, nas quais atuam na inflamação estimulando a vasodilatação, edema e dor. Esses fatores podem ser alterados por outras substâncias como a bradicinina – do qual vai atuar no estímulo pró-inflamatório – e o ácido acetilsalicílico – responsável pela inibição das prostaglandinas, diminuindo os sinais inflamatórios.

Visando um maior atendimento das provas clínicas de coagulação, os exames aqui abordados serão: A prova do laço, o Método de Duke, o Método de Lee-White, o método de Mac-Farlane, o Tempo de Protombina, o Tempo de Recalcificação do plasma (T.R.P), o Tempo de Tromboplastina Parcial Ativa (T.T.P.A) e o tempo de Ratnoff-Menzie. Além da apresentação das respectivas metodologias, também serão apresentados os princípios e os mecanismos envolvidos em cada um, explicitando todos os agentes envolvidos, deixando claro para quais situações os mesmos são usados durante uma avaliação clínica de pacientes com suspeitas de alterações patológicas da coagulação que podem ser causadas por diversos distúrbios hemolíticos.

CONCLUSÃO

Por serem excelentes na identificação precoce de inúmeras patologias hemolíticas, as provas de coagulação são importantes para auxiliar o profissional da saúde a estabelecer um diagnóstico correto junto com outros tipos de exames laboratoriais para a confirmação de um diagnóstico.

Desta forma, conhecer como é a fisiologia humana e todos os mecanismos que levam o corpo a encontrar-se em homeostasia, reforça a qualidade de um laudo clínico com a vantagem de oferecer as melhores condições de tratamento para o paciente que seja portador de tal distúrbio.

Referências bibliográficas:

CASTRO, H. C. et al. **Plaquetas: ainda um alvo terapêutico**. Outubro de 2006 > Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpml/v42n5/a04v42n5.pdf>

DB Diagnósticos do Brasil. **TESTES DE COAGULAÇÃO PROCEDIMENTOS DE COLETA E ENVIO**. Cruzeiro, 11313. São José dos Pinhais – PR > Disponível em: <http://diagnosticosdobrasil.com.br/wp-content/uploads/2015/03/Teste-de-Coagulacao1.pdf>

Fatores de coagulação > disponível em:

<http://www.labtestsonline.org.br/understanding/analytes/coagulation-factors/tab/test>

Gisele Werneck da Cruz; Cristiane Rickli Barbosa; Mirian Ueda Yamaguchi. **Interpretação E Aplicação Do Coagulograma Na Clínica Médica**. > Disponível em:

http://cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/gisele_werneck_cruz

HOFFBRAND, A. V. **Fundamentos em hematologia**. 6. Porto Alegre ArtMed 2013

LORENZI, Therezinha Ferreira. **Atlas hematologia**. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2005

LORENZI, Therezinha Ferreira. **Manual de hematologia**. 4. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2006

Manual de Diagnóstico Laboratorial das Coagulopatias Hereditárias e Plaquetopatias. Disponível em >

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_diagnostico_laboratorial_coagulopatias_plaquetopatias.pdf

***PSEUDOMONAS AERUGINOSA* MULTIRRESISTENTE: UM PROBLEMA NOS HOSPITAIS**

Autores: Magda Abigail Araújo dos Santos¹, Mayara Godinho de Souza², Silvia Regina da Silva Leal², Yara de Fátima Hamu¹, Fabiana Nunes de Carvalho Mariz¹

1. Universidade Católica de Brasília, 2. Hospital Regional da Ceilândia

magdaabgail@gmail.com, may.godinho@gmail.com, silvialleal@gmail.com,
yarahamu@gmail.com, marizfabianan@gmail.com

INTRODUÇÃO

A incidência de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) tem sido um fator alarmante em todos os sistemas de saúde, tornando-se um problema mundial. Associado às IRAS, têm-se a presença da *Pseudomonas aeruginosa*, bactéria Gram-negativa, aeróbia, não esporulada e não fermentadora, que se apresenta em forma de bacilos isolados ou em pares. Normalmente, habita o solo, água e vegetais, além de fazer parte da microbiota normal do ser humano, especificamente na pele, fezes e garganta de indivíduo imunocompetente (HINRICHSEN, CAVALCANTI E HINRICHSEN 2013).

É um dos principais agentes causadores de infecções hospitalares, tendo em vista que a mesma apresenta como característica a resistência a diversos antimicrobianos utilizados na prática clínica, tornando difícil a terapêutica (NEVES et al, 2011). Diante disso, o presente estudo visa descrever os mecanismos de resistência da *P. aeruginosa*, especialmente a produção de enzimas β -lactamases, considerando sua problemática e relevância clínica.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura, onde foram analisados livros e artigos com informações sobre *Pseudomonas aeruginosa* relacionada às IRAS. As bases de dados consultadas foram Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Medical Literature Analysis and Retrieval System (Pubmed/MEDLINE) com o uso das palavras-chaves “IRAS”, “BGN-NF” e “Multirresistência bacteriana”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A *P. aeruginosa* apresenta resistência intrínseca ou adquirida a diversos antimicrobianos. No grupo de antimicrobianos que caracterizam a resistência intrínseca tem-se a ampicilina/sulbactam, cefotaxima/ceftriaxona, tetraciclina/tigeciclina e trimetropim/sulfametoxazol, demonstrando o estreito arsenal terapêutico para tratamento de uma doença causada por essa bactéria (CLSI, 2017).

Além das resistências intrínsecas tem-se disseminado as adquiridas, especialmente, a produção de enzimas β -lactamases (STRATEVA; YORDANOV, 2009).

A resistência bacteriana devido à produção de β -lactamases é bastante preocupante, uma vez que os genes produtores dessas enzimas se localizam na região móvel do DNA, tornando-os transferíveis para outra bactéria. A síntese de β -lactamases provoca a quebra do anel β -lactâmico, inativando antimicrobianos β -lactâmicos (SPINDLER, 2009).

Atualmente, diversas classes de β -lactamases têm sido descritas. Dentre elas, tem-se a enzima AmpC, associada a resistência às cefalosporinas de terceira geração. O gene codificador da AmpC, geralmente apresenta-se reprimido, pode ser induzido pela exposição bacteriana a baixas concentrações de antibióticos β -lactâmicos, em especial, o imipenem, e inibidores de β -lactamases, como o ácido clavulânico (STRATEVA; YORDANOV, 2009).

As β -lactamases de amplo espectro (ESBL) desenvolvem resistência as cefalosporinas de amplo espectro, além das carboxipenicilinas e ureidopenicilinas (STRATEVA; YORDANOV, 2009).

Já as carbapenemases, são capazes de hidrolisar todos os antimicrobianos β -lactâmicos, largamente utilizado. Dentro das carbapenemases tem-se a KPC que confere resistência a todos os agentes β -lactâmicos como cefalosporinas, penicilinas, monobactâmicos e aos carbapenêmicos, que é de amplo espectro (CAI et al., 2012). Têm-se também as metalobetalactamases (M β LS), que são diferenciadas, pois sofrem inibição por alguns agentes quelantes, como o EDTA, e conferem resistência a todos os β -lactâmicos, inclusive os carbapenêmicos, meropenem e imipenem (SPINDLER, 2009).

São conhecidas seis subclasses de M β LS adquiridas, no entanto em *P. aeruginosa*, foram identificados os tipos: IMP (*Imipenemase*) VIM (*Verona Imipenemase*), SPM (*São Paulo Metallo- β -lactamase*) e GIM (*German Imipenemase*) (STRATEVA; YORDANOV, 2009).

CONCLUSÕES

A *P. aeruginosa*, sua multirresistência e a associação às IRAS têm sido um grande problema atualmente. Observa-se o aumento no número de pacientes infectados por *P. aeruginosa*, sendo

assim, salienta-se a importância do estudo dos diversos mecanismos que favorecem a resistência bacteriana. Os critérios para controle de infecções são necessários, a fim de prevenir a transmissão de cepas resistentes. Além de ser fundamental o papel dos profissionais de saúde na prevenção de infecções hospitalares, bem como no uso correto de antimicrobianos para redução da resistência bacteriana.

PALAVRAS-CHAVE: IRAS. BGN-NF. Multirresistência bacteriana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAI, Jia Chang et al. Detection of KPC-2 and qnrS1 in clinical isolates of *Morganellamorganii* from China. **Diagnostic Microbiology and Infectious Disease**, [s.l.], v. 73, n. 2, p.207-209, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v12n3/pt_1679-4508-eins-12-3-0282.pdf>. Acesso em: 10 out. 2017.

CLSI. **Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing; 27th Edition**. 2017. Disponível em: <<http://em100.edaptivedocs.info/GetDoc.aspx?doc=CLSI M100 S27:2017&scope=user>>. Acesso em: 16 out. 2017.

HINRICHSEN, S. L.; CAVALCANTI, I.; HINRICHSEN, B. L. Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IrAS) Importância e Controle. In: HINRICHSEN, Sylvia Lemos. **Biossegurança e Controle de Infecções: risco sanitário hospitalar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 166-174. Disponível em: <<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-277-2216-2/cfi/187!/4/4@0.00:0.00>>. Acesso em: 27 set. 2017.

NEVES, P. R. et al. *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente: um problema endêmico no Brasil. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**. Rio de Janeiro, p. 409-420. ago. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpml/v47n4/v47n4a04.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2017.

SPINDLER, Aline. **Caracterização de cepas de *Pseudomonas spp* isoladas de efluente hospitalar não tratado: resistência a beta-lactâmicos e presença de integrons**. 2009. 101 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Biomedicina, Centro Universitário Feevale, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiA6YiHu->>

fWAhWGDZAKHWNbBwYQFggNMAA&url=http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/29010&usg=AOvVaw2vv25EVfvzzBOggcNhHrdu>. Acesso em: 10 out. 2017.

STRATEVA, Tanya; YORDANOV, Daniel. *Pseudomonas aeruginosa* – a phenomenon of bacterial resistance. **Journal Of Medical Microbiology**. [S.l.], p. 1133-1148. set. 2009. Disponível em: <<http://jmm.microbiologyresearch.org/content/journal/jmm/10.1099/jmm.0.009142-0>>. Acesso em: 10 out. 2017.

REAÇÕES TRANSFUSIONAIS IMEDIATAS

Raiana Moreira dos Santos¹, Caio Vinícius da Silva Nery², Simone da Cruz Longatti¹,
Fabiana Nunes de Carvalho Mariz¹.

1. Universidade Católica de Brasília, 2. Fundação Hemocentro de Brasília / Hospital Regional de Ceilândia.
raianamoreiralab@gmail.com, caiovsnery@gmail.com, simonelongatti@gmail.com,
marizfabianan@gmail.com

Palavras chave: Hemoterapia. Reações Transfusionais Imediatas. Erros transfusionais.

Introdução

A transfusão de sangue é uma prática terapêutica, que embora atualmente seja segura, pode apresentar riscos que são conhecidos como reações adversas para o receptor do sangue. Ainda que quase sempre a indicação seja precisa, e a administração seja correta, reações às transfusões podem acontecer. As ocorrências de reações estão relacionadas a distintas causas, como erros de identificação de pacientes, de amostras, reagentes, uso de insumos inadequados (equipos, bolsas, entre outros), presença de anticorpos irregulares no receptor e/ou doador que não são detectados nos testes pré-transfusionais. A reação transfusional é, portanto, toda e qualquer intercorrência que acontece em decorrência da transfusão de sangue, durante ou após a sua administração. As reações transfusionais imediatas, mas especificamente, são fenômenos que ocorrem durante ou até 24 horas do início do ato transfusional e são classificadas em imunes e não-imunes, e ainda, em hemolíticas e não-hemolíticas. Deste modo, é de extrema importância que todos os profissionais envolvidos na prescrição e administração dos hemocomponentes estejam habilitados a identificar e agir de forma adequada na prevenção e na resolução das reações transfusionais. Visto isso, o objetivo desse trabalho é alertar os profissionais da área de saúde quanto aos riscos imediatos e inerentes a transfusão de sangue, e mostrar quais são as condutas necessárias frente a esses eventos imediatos.

Metodologia

Foi realizada uma pesquisa na literatura com foco em manuais da Anvisa, guias do Ministério da Saúde e artigos com intuito de evidenciar o máximo de informações possíveis sobre as reações transfusionais imediatas para melhor alertar e orientar os profissionais de saúde.

Resultados e discussão

As reações transfusionais imediatas são eventos que ocorrem durante ou até 24 horas do início da transfusão de sangue, sendo elas: a) reação hemolítica aguda, b) reação febril não-hemolítica, c) reação alérgica, d) reação anafilática, e) sobrecarga volêmica, f) reação por contaminação bacteriana, g) lesão pulmonar aguda relacionada a transfusão (TRALI), h) reação hipotensiva, i) reação transfusional hemolítica não imune, j) distúrbios metabólicos (toxicidade pelo citrato, alterações nos níveis de potássio) e l) dor aguda relacionada a transfusão. Os sinais e sintomas mais comuns nas reações transfusionais são febre com ou sem calafrios, calafrios com ou sem febre, dor no local da infusão, torácica ou abdominal, alterações agudas na pressão arterial, alterações respiratórias, alterações cutâneas e náusea com ou sem vômitos. Apesar de haver condutas específicas para cada tipo de reação transfusional, existem condutas gerais que devem ser executadas para qualquer tipo de reação transfusional, diante do menor tipo de sinal e sintoma, esse deve ser valorizado e a transfusão deve ser imediatamente interrompida. O acesso venoso deve ser mantido com solução fisiológica a 0,9% o médico responsável pelo paciente e o médico do Serviço de Hemoterapia devem ser informados. Verifica-se todos os dados do paciente com os dados da bolsa que estava sendo transfundida, e a bolsa deve ser submetida a inspeção macroscópica quanto a presença de coágulos, gás ou alterações de cor. Os sinais vitais do paciente como pressão arterial, pulso e temperatura devem ser verificados e comparados com os dados anteriores ao início da infusão. As medidas específicas para cada tipo de reação devem ser iniciadas colhendo-se amostras para repetição dos testes e para realização de hemocultura. A prevenção a uma reação transfusional imediata é realizada a partir de treinamento dos profissionais da saúde, quanto às normas de coleta e identificação de amostras e do paciente, avaliação criteriosa da indicação transfusional, avaliação das transfusões de urgência, da história pré-transfusional detalhada incluindo história gestacional, e transfusional, diagnóstico e tratamento anteriores. Ademais possuir atenção em todas as etapas relacionadas à transfusão, ter uma atenção redobrada na conferência da bolsa e do paciente à beira leito, realizar uma infusão lenta nos primeiros 50 mL e de acordo com a reação transfusional utilizar pré-medicações, sangue desleucocitado, irradiado ou lavado.

Conclusão

De acordo com as informações obtidas é possível perceber que a transfusão de sangue é uma prática segura, porém não isenta de riscos como as reações transfusionais imediatas. Deste modo, percebe-se o quão grande é a importância do profissional de saúde conhecer e saber como proceder diante de uma reação transfusional imediata.

Referências Bibliográficas

ANVISA. Manual Técnico de Hemovigilância - Investigação das Reações Transfusionais Imediatas e Tardias Não Infecciosas. Novembro, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 158, de 04 de fevereiro de 2016.

COLSAN. Manual de Hemoterapia. 7 edição. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia para Uso de Hemocomponentes 2010, 1ª Edição.

OLIVEIRA, L. C. O.; COZAC, A. P. C. N. C. **Reações transfusionais: Diagnóstico e tratamento.** Ribeirão Preto-SP, 2003.

RELAÇÃO DOS FATORES DE RISCO COM A PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL EM MULHERES NO DF

Lucas Nunes Menezes Regis Serafim, Universidade Católica de Brasília, lnmrs@hotmail.com

Mariana Mendes Pacheco de Freitas, Universidade Católica de Brasília,

Mariana.mpf02@hotmail.com

Demétrio Antônio Gonçalves da Silva Gomes, Universidade Católica de Brasília,

demetriogoncalves@gmail.com

Isadora Rosa Francisco Silva, Universidade Católica de Brasília, isadorarosafs@gmail.com

Beatriz de Almeida Barroso, Universidade Católica de Brasília, beatriz28091999@hotmail.com

Introdução:

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são causas importantes de morbimortalidade no mundo. Incluídas neste contexto, as doenças cardiovasculares são as que mais matam a nível global⁶. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é definida como níveis pressóricos acima de 140/90mmHg, sustentada, com causa multifatorial. Atinge principalmente órgãos como coração, cérebro, rins, suprarrenais e vasos sanguíneos⁷.

Este trabalho tem por objetivo expor os dados acerca dos fatores de risco para HAS em mulheres no Distrito Federal, já que esta parcela da população apresenta maior risco, especialmente na pós-menopausa.

Materiais e Métodos:

Pesquisa em bases de dados brasileiras como Scielo e DATASUS, utilizando as seguintes palavras chaves: mulheres, prevalência, hipertensão, Distrito Federal, fatores de risco. O seguinte trabalho limitou a pesquisa nos anos de 2006 a 2017 e foram selecionados 6 artigos, associado a pesquisa ativa de dados na base DATASUS.

Resultados e Discussão:

A prevalência da hipertensão arterial nas mulheres maiores de 18 anos foi de 25,4% em 2011 nas capitais brasileiras, sendo a média nacional de homens e mulheres de 22,7%³. A faixa etária que mais se predomina a hipertensão está nos idosos acima de 65 anos, com uma prevalência de 59,7% em 2011.⁶

Os principais fatores de risco correlacionados aos casos de hipertensão, tanto em mulheres quanto em homens, são diabetes (67,1% dos casos), obesidade (43,9%), tabagismo (37,4%) e sedentarismo (27,2%)⁶.

No Distrito Federal, de 2002 até 2011, as mulheres estiveram relacionadas em 69,8% dos casos de hipertensão associados ao sedentarismo, sendo que essa estatística aumenta quando associada ao sobrepeso, representando 72,6% dos casos. Quando comparados os casos de infarto ligados à hipertensão as mulheres representam 56,6% dos casos⁵.

A razão de risco para alguns fatores de risco associados, como a obesidade, que apresenta razão de chance de 2,7 comparados aos não obesos que apresentam risco igual a 1. Outro fator também avaliado foi a ingesta elevada de sal, que apresenta 20% de chance a mais para hipertensão⁶.

A Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 também traz dados que retratam que a área urbana apresenta uma prevalência de 21,7% casos de hipertensão, sendo que a área rural apresenta 19,8%. A região sudeste apresenta a maior prevalência de casos, com 23,3%¹.

A OMS estima que 7,1 milhões de pessoas morrem anualmente em decorrência da hipertensão arterial, sendo que os países em desenvolvimento, como o Brasil, apresentam uma tendência para um aumento do número de casos⁶.

Como os dados obtidos foram feitos somente por inquéritos telefônicos nas capitais pelo Vigitel, a prevalência pode estar sendo subestimada e haver casos não notificados. Porém, esses estudos feitos já são de grande valia para estimar-se a prevalência de hipertensos na população brasileira e de extrema importância para se tomar medidas para um combate efetivo⁴.

A prevalência maior em mulheres com hipertensão pode ser explicada pela maior procura por atendimento médico e consultas de rotina do que os homens. Outro fator que predispõem as mulheres a um risco aumentado para hipertensão é o período pós-menopausa, quando a diminuição na produção de hormônios esteróides aumenta o risco cardiovascular⁴.

Apesar desse fator endógeno significativo, não se pode deixar de lado a associação clara com os fatores exógenos, como sobrepeso, dieta, tabagismo, sedentarismo e comorbidades associadas, como a diabetes. A mudança no estilo de vida das pessoas hipertensas é de suma importância para a diminuição da prevalência desse agravo⁶.

O diabetes mellitus apresentou uma alta taxa de relação com a hipertensão, 67,1% dos diabéticos tinham hipertensão⁶. Esse fato está relacionado diretamente ao mecanismo de lesão endotelial provocado pela diabetes, além de sedentarismo e obesidade^{4,6}.

A obesidade aumenta o risco para hipertensão em quase três vezes, sendo a fisiopatologia relacionada com o enrijecimento das artérias, com formação de placas ateroscleróticas, sendo dois fatores importantes para a ocorrência de um infarto. A alimentação compõe um importante fator, visto que o consumo de alimentos industrializados aumentou a ingesta de sódio e de lipídeos, auxiliando no aumento de casos de hipertensão⁶.

Conclusão:

A partir dos dados coletados, as relações dos fatores de risco ficaram evidentes, principalmente a obesidade, sedentarismo e diabetes. A importância na realização dessas associações serve para guiar ações em saúde que visam conscientizar a população e os profissionais da área, para melhor instruir a comunidade em que está inserido.

A importância no combate à hipertensão se faz necessária, pois envolve consequências potencialmente fatais, como o infarto ou um Acidente Vascular Cerebral (AVC). A tendência é de aumento da prevalência dessa doença, sendo de extrema importância o seu combate não somente com medicamentos, mas também na adaptação da dieta para os pacientes.

Em conclusão, apesar da prevalência de HAS no Distrito Federal estar abaixo da média do Brasil, ainda é preciso buscar medidas no combate a essa enfermidade, posto que os gastos com saúde estão aumentando rapidamente, associados principalmente com agravos crônicos. Além da economia feita pelo Estado, é preciso fornecer qualidade de vida para a população hipertensa, visto que o curso da doença tende a provocar mais complicações além do infarto, como a insuficiência cardíaca hipertensiva.

Referências bibliográficas:

- 1-BRASIL .DataSUS. Disponível em: tabnet.datasus.gov.br/cgi. Acesso: 26/09/2017
- 2- MURARO, Ana Paula et al. Fatores associados à Hipertensão Arterial Sistêmica autorreferida segundo VIGITEL nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2008. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 5, p. 1387-1398, May 2013
- 3- PASSOS, Valéria Maria de Azeredo; ASSIS, Tiago Duarte; BARRETO, Sandhi Maria. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional Hypertension in Brazil: estimates from population-based prevalence studies. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília v. 15, n. 1, p. 35-45, mar. 2006.

- 4- ANDRADE, Silvânia Suely de Araújo et al. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 297-304, Jun 2015.
- 5- ANDRADE, Silvania Suely Caribé de Araújo et al. Prevalência da hipertensão arterial autorreferida nas capitais brasileiras em 2011 e análise de sua tendência no período de 2006 a 2011. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 17, supl. 1, p. 215-226, 2014.
- 6- MALTA, Deborah Carvalho et al. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 1, 11s, 2017.
- 7- VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 95, n. 1, supl. 1, p. I-III, 2010.

RESVERATROL E QUERCETINA NA PREVENÇÃO DA DOENÇA DE ALZHEIMER – UMA REVISÃO DE LITERATURA

Jéssica Bueno¹, Caroline Romeiro².

- 1- Estudante de graduação do curso de nutrição da Universidade Católica de Brasília.
- 2- Docente do curso de nutrição da Universidade Católica de Brasília.

Palavras chaves: Epidemiologia. Polifenóis. Doença neurodegenerativa. Estilbenos. Flavonoides.

INTRODUÇÃO

A incidência de doenças neurodegenerativas em idosos é maior do que na população não envelhecida, isso ocorre devido ao declínio progressivo de neurônios colinérgicos, ocasionando déficits de memória, cognição, linguagem e alteração na própria personalidade (MORZELLE, 2012; SERENIKI, et al., 2008). Outro motivo é o aumento na expectativa de vida da população mundial. A prevalência de demência dobra a cada cinco anos de aumento da faixa etária após 65 anos. Porém, tal distribuição varia em diferentes países, de acordo com o diagnóstico etiológico dos processos de demências e dos aspectos metodológicos, como a definição de caso, o desenho de estudo, as características da amostra e os critérios adotados para o estabelecimento dos diagnósticos. (ATALAIA-SILVA, et al., 2008). Estima-se que nos próximos 50 anos, a população idosa será de 58 milhões, o que corresponderá a 23,6% da população total. Os estudos populacionais sobre demências são escassos no Brasil e em outros países em desenvolvimento, desse modo, ainda não há estimativas precisas da sua incidência e prevalência (SCAZUFCA, et al., 2002).

A Doença de Alzheimer (DA) é a principal doença neurodegenerativa e é considerada uma enfermidade progressiva, conhecida por ser a principal causa de demência no mundo (LARA, et al., 2014). Geralmente acomete indivíduos a partir de 65 anos. Em análises histopatológicas, a DA é caracterizada pelo depósito de placas senis extracelulares no cérebro, formadas por fragmentos insolúveis de peptídeo β -amiloide (β A) e de emaranhados neurofibrilares intracelulares, causado por desestruturação do citoesqueleto dos microtúbulos, devido à hiperfosforilação da proteína TAU que é responsável por estabilizar os microtúbulos neuronais, seguido por perda massiva de neurônios. (ESPARGARÓ, et al., 2017; VIEGAS, et al., 2011; SERENIKI, et al., 2008).

Para prevenir doenças crônicas e deficiências na velhice é preciso manter um estilo de vida saudável, conciliando uma boa alimentação rica em nutrientes, além da prática de atividade física ao longo da vida. Atualmente é reconhecido que alguns nutrientes, como os polifenóis encontrados em frutas e vegetais, são capazes de melhorar habilidades cognitivas e motoras do cérebro, retardando o processo de envelhecimento cerebral (ABATE, et al., 2017).

Os alimentos ricos em polifenóis, quando consumidos regularmente evitam o risco de demência e declínio cognitivo dos pacientes. Dentre os polifenóis mais estudados, destaca-se o resveratrol, pertencente à família dos estilbenos, encontrado principalmente nas uvas, e em menor quantidade nos mirtilos, groselhas vermelhas, amendoins, entre outros. Tem função antioxidante e exerce ações neuroprotetoras por desestabilizar neurofibrilas e diminuir os níveis das placas de β -amiloide auxiliando na prevenção da DA. (ROSA, et al., 2017; ALVES, 2015).

Outros polifenóis em destaque são as quercetinas, um dos principais flavonoides que possuem ações neuroprotetivas, além de possuir capacidade para eliminar processos inflamatórios e a habilidade de promover a memória, aprendizagem e função cognitiva. Encontra-se em alimentos como cebola, maçã, brócolis, entre outros. (SPENCER, 2009; BEHLING, et al., 2008).

O objetivo do presente estudo é verificar na literatura como os polifenóis, especialmente a quercetina e o resveratrol, podem atuar na prevenção da Doença de Alzheimer e quais são seus benefícios quando presentes de forma contínua na dieta.

MATERIAIS E MÉTODOS

No presente estudo foi realizada uma revisão da literatura em bases de dados de artigos científicos e Revistas científicas disponíveis em formato eletrônico como Pubmed, Scielo, lilacs, Google Acadêmico, buscando informações que relacionavam o efeito protetor do resveratrol e da quercetina com danos neuronais e especificamente com a DA, bem como seu mecanismo de ação. A busca de artigos nestas bases de dados foi limitada a publicações com indexadores como: resveratrol, Doença de Alzheimer, quercetina, antioxidantes, polifenóis e flavonoides, na língua inglesa, portuguesa e espanhola desde o ano de 2002 até o ano de 2017. Como critério de inclusão selecionou-se artigos originais, in vivo e in vitro, objetivando a interpretação detalhada dos dados. Assim, para cada estudo selecionado, foi realizada uma análise crítica visando verificar a validade dos resultados obtidos. Foram selecionados apenas os artigos que disponibilizam o trabalho na íntegra. Na revisão de literatura identificou-se 69 artigos relacionados com a quercetina e a doença de Alzheimer e 141 artigos relacionados com o resveratrol e a doença de Alzheimer. Foram

selecionados os artigos que apresentavam estudos em modelo animal e os que haviam mais relação com o objetivo do tema proposto.

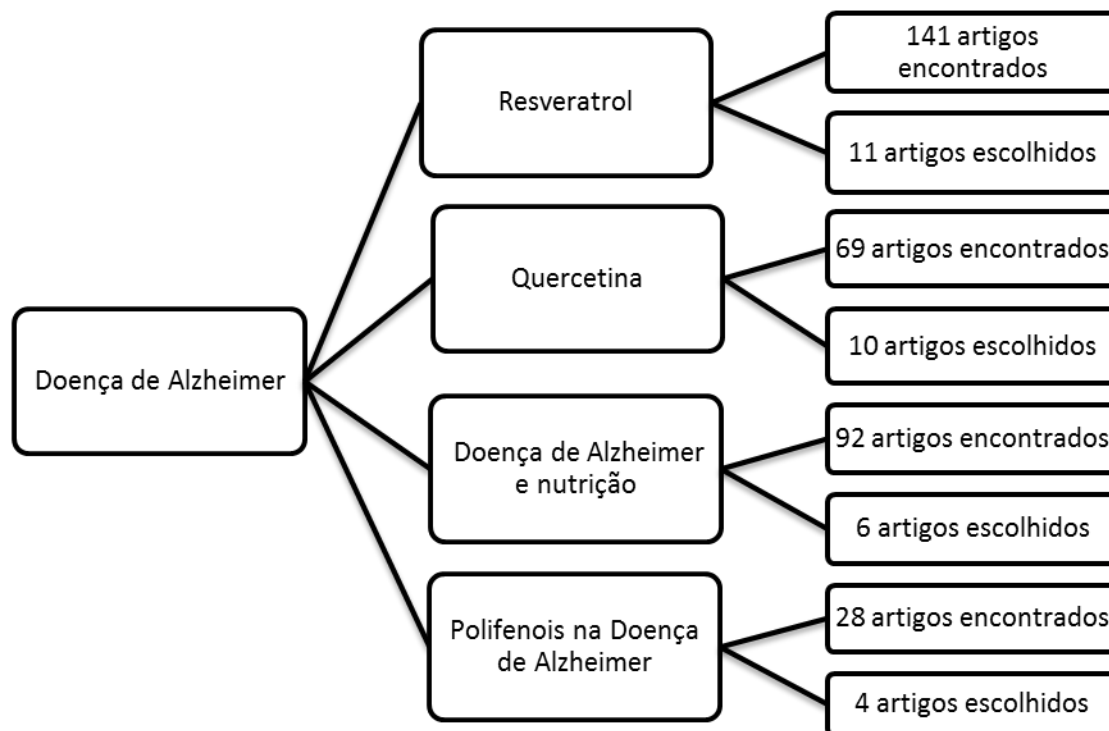


Figura 1: Representação da seleção dos estudos encontrados na busca em base de dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quadro 01: Efeitos do resveratrol e da quercetina em células neuronais

Autor, ano	Polifenol estudado	Tipo de estudo, amostra	Resultados
Nalagoni & Karnati, 2016.	Resveratrol	Ratos Sprague Dawley III, (AlCl ₃ + NaF + RV): saudáveis, 6 semanas de idade. 4 grupos (n=5): I, (Controle); II, (¹ AlCl ₃ + ² NaF); III, (AlCl ₃ + NaF + ³ RV); IV, (RV).	redução na superóxido dismutase e na atividade da catalase. Reversão do estresse oxidativo e danos neuronais.
Chis, et al., 2016.	Quercetina	Ratos Wistar albinos, machos e saudáveis. 3 meses de idade, divididos em 6 grupos (n=10): I, (Controle, ⁴ STNx + ⁵ CMC);	Que forneceu neuroproteção substancial contra danos oxidativo/nitrosativo,

		II, (Controle, ⁶ STIHH + CMC); reduziu os radicais livres e a III, (STIHH + ⁷ Que); IV, produção de nitrito mais (Controle, ⁸ LTNx + CMC); V, nitrato. (⁹ LTIHH + CMC); VI (LTIHH + Que).
Liu, et al.,2012.	Resveratrol	Camundongos SAM ¹⁰ -R1 e Melhora do aprendizado, SAM-P8, 3 meses de idade. 5 memória e coordenação grupos (n=10). SAM-R1 no neuromuscular. Aumento do grupo normal e SAM-P8 no estado antioxidante e grupo modelo. diminuição da lipoperoxidação. Previne a degeneração mitocondrial.
Huebbe, et al., 2010.	Quercetina	Camundongos fêmeas C57BL , Aumento dos níveis de seu idade entre 6-7 semanas, metabolito metilado divididos em 2 grupos (n=10). isorhamnetina no plasma e no cérebro. Não houve efeito nos níveis de ¹¹ mRNA de genes antioxidantes relacionado com a DA.
Schmatz, et al., 2009.	Resveratrol	Ratos Wistar, idade entre 70- II, Controle + RV10; III, 90 dias, diabéticos induzidos Controle + RV20 e VI, por estreptozotocina. Divididos Diabético+ R20: Previne o em 6 grupos (n=6-13): I, aumento na atividade da Controle + solução salina; II, AchE e o comprometimento Controle + ¹² RV10; III, da memória em ratos Controle + ¹³ RV20; IV, diabéticos. Modula a Diabético + solução salina; V, neurotransmissão colinérgica Diabético + RV 10; VI, e melhora a cognição. Diabético + RV20.
Heo, Lee, 2004.	Quercetina e vitamina C	In vitro, células PC12 A quercetina diminuiu o derivadas do feocromocitoma dano da membrana celular

de ratos transplantáveis.

neuronal mais que a vitamina C induzida pelo estresse oxidativo e protegeu as células neuronais da neurotoxicidade.

Legenda: ¹AlCl₃= Cloreto de alumínio; ² NaF= Fluoreto de sódio; ³RV= Resveratrol; ⁴STNx= ratos mantidos sob condição de normóxia normobárica tratados à curto prazo; ⁵CMC= carboximetil celulose; ⁶STIHH = ratos mantido em curto prazo em hipoxia hipobárica intermitente; ⁷Que= Quercetina; ⁸LTNx= Ratos mantidos sob condição de normóxia normobárica tratados a longo prazo; ⁹LTIHH= ratos mantidos em hipoxia hipobárica intermitente à longo prazo; ¹⁰SAM= ratos envelhecidos; ¹¹mRNA= ácido ribonucleico mensageiro; ¹²RV10= Resveratrol 10 mg/kg ; ¹³RV20= Resveratrol 20 mg/kg.

A genética é um fator importante na DA em estado tardio. No entanto, o estilo de vida influencia no aparecimento e/ou na progressão da DA, a má alimentação pode estar relacionada a este processo. Atualmente, os hábitos alimentares têm sido analisados com a finalidade de realizar diversas pesquisas e uma delas é sobre o papel dietético dos polifenóis na prevenção e/ou na proteção contra a progressão da DA (CARDOSO, et al., 2016).

O uso excessivo de ácidos graxos ômega 6 está relacionado ao aparecimento de quadros inflamatórios no tecido cerebral, podendo danificar vasos sanguíneos do cérebro e leva a destruição das células cerebrais, deformando as membranas das células nervosas diminuindo seu funcionamento adequado. Com a transmissão defeituosa de mensagens entre os neurônios, a incidência no desenvolvimento de distúrbios neurológicos e DA é maior. A perda de memória e a capacidade de raciocinar de alguns idosos, está relacionada com a deficiência crônica de nutrientes. Porém, estas deficiências não são consideradas como o motivo de causa da DA e podem ser supridas quando incluídas na dieta (BARTTIROLA & SANTOS, 2010).

O resveratrol é uma molécula com ação antiinflamatória, antiviral, e apresenta propriedades antioxidantes. As atividades antiinflamatórias estão relacionadas com a função dos neutrófilos prejudicada, ausência de regulação do fator de necrose tumoral alfa (TNF-alfa) e redução da expressão da ciclooxigenase 2 (COX-2). Foi comprovado através de estudos que o resveratrol também é um potente inibidor do crescimento apoptótico induzindo efeitos em diversas células tumorais, tais como as do cólon, da próstata, da mama, do colo do útero e do pâncreas. O resveratrol é considerado como um agente antienvhecimento e doses elevadas de uso contínuo podem ajudar

na prevenção e tratamentos de doenças neurodegenerativas. O fígado e os rins são os órgãos onde o resveratrol mais atua. As doses terapêuticas não são tóxicas, são bem toleradas pelos indivíduos, porém podem apresentar alguns efeitos adversos em pequena parte da população como diarreia, náusea, e dor abdominal, onde a administração foi mais que uma grama do composto. Quando administrado por via oral, a administração desse composto é rápida, porém possui uma biodisponibilidade baixa, por ser metabolizado de primeira passagem pelo fígado. Mesmo tendo uma eliminação rápida, estudos em ratos e humanos mostraram que o resveratrol administrado por via oral evita o desenvolvimento de várias doenças cardiovasculares, metabólicas e neurodegenerativas e a administração continua inibe a iniciação e o crescimento de tumores (ROSA, et al., 2017).

A quercetina é um fitoquímico fenólico que exerce efeitos positivos na saúde, contribui para melhora de doenças crônicas, incluindo câncer e distúrbios neurodegenerativos. Os glicósdeos antioxidantes, como a quercetina rutosida, eliminam a produção de superóxido sem interferir na atividade de transferência de elétrons da redutase. As propriedades de eliminação de radicais antioxidantes e livres foram atribuídos aos benefícios fisiológicos dos flavonoides. Estudos mostraram que a quercetina possui habilidades para expressar efeitos antiproliferativos e protetores em vários sistemas. É um antioxidante hidrofóbico que pode facilmente passar para o citoplasma onde ROS (espécies que reagem ao oxigênio) são gerados, tendo capacidade de bloquear sua produção, protegendo contra a peroxidação lipídica e modulam a toxicidade oxidativa do glutamato protegendo a linhagem celular HT-22 do hipocampo de ratos.. Além disso, possui estrutura específica para impedir a oxidação do GSH, protegendo assim a neurotoxicidade acometida pelo estresse oxidativo. Esse composto pode se transformar em regiões cerebrais e possivelmente é capaz de proteger o cérebro contra citotoxicidade induzidas por H₂O₂ (ANSARI, et al., 2009).

CONCLUSÃO

Os polifenóis apresentam grande importância para a saúde humana. A utilização de resveratrol e quercetina na alimentação em doses adequadas e vias de administração adequadas podem promover a prevenção e proteção na Doença de Alzheimer.

Entre estes compostos fenólicos, o resveratrol se destacou por apresentar propriedades antioxidantes que têm sido bem demonstradas com uma ampla variedade de efeitos biológicos, apresentando poucos efeitos adversos. Esta substância tem se mostrado útil em diversas doenças. No entanto, o referido composto apresenta propriedades que estão sendo investigadas contra as doenças neurodegenerativas e como um fator antienvhecimento. No campo da neurodegeneração

o tratamento com resveratrol provou ser benéfico em modelos animais com DA. O resveratrol é capaz de bloquear a maquinaria proteolítica e desta forma reduzir o dano neuronal. Por outro lado, o trabalho de pesquisa neste campo ainda é incompleto e necessita de mais estudos, uma vez que se conhece pouco sobre os efeitos farmacológicos do resveratrol, especialmente sua biodisponibilidade, biotransformação e sinergismo com outros fatores dietéticos.

A quercetina possui menos estudos que o resveratrol relacionado à DA, porém mostrou ter propriedades de neuroproteção contra dano oxidativo/nitrosativo. É necessário mais estudos para comprovar a eficácia clínica do mesmo na DA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABATE, Giulia et al. Nutrition and AGE-ing: Focusing on Alzheimer's Disease. **Oxidative medicine and cellular longevity**, v. 2017, 2017.
- ALVES, Miguel Maria Caeiro. **Polifenóis no vinho tinto e efeitos na saúde**. 2015. Tese de Doutorado.
- ANSARI, Mubeen Ahmad et al. Protective effect of quercetin in primary neurons against A β (1–42): relevance to Alzheimer's disease. **The Journal of nutritional biochemistry**, v. 20, n. 4, p. 269-275, 2009.
- ATALAIA-SILVA, Kelly; RIBEIRO, Pricila; LOURENÇO, Roberto Alves. Epidemiologia das demências. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 7, n. 1, 2008.
- BATTIROLA, Marcia Regina. Nutrição e seus efeitos na doença de Alzheimer. **Seminário Científico de Nutrição**, v. 1, n. 2, 2010.
- BEHLING, E. V. et al. Flavonóide quercetina: aspectos gerais e ações biológicas. **Alimentos e Nutrição Araraquara**, v. 15, n. 3, p. 285-292, 2008.
- CARDOSO, Joseane F.; JACKIX, Elisa A.; PIETRO, Luciana. O papel dos polifenóis na Doença de Alzheimer: revisão sistemática. **J. Health Sci. Inst**, v. 34, n. 4, p. 240-245, 2016.
- CHIS, Irina Camelia et al. Quercetina na melhora do estresse Oxidativo/Nitrosativo no Cérebro de ratos expostos a hipóxia hipobárica intermitente. **Revista Virtual de Química**, v. 8, n. 2, p. 369-383, 2016.
- DE OLIVEIRA ROSA, Moisés et al. EFEITO PROTETOR DO RESVERATROL NA DOENÇA DE ALZHEIMER. **Revista Brasileira Multidisciplinar**, v. 20, n. 1, p. 174-193, 2017.
- ESPARGARÓ, Alba et al. Combined in Vitro Cell-Based/in Silico Screening of Naturally Occurring Flavonoids and Phenolic Compounds as Potential Anti-Alzheimer Drugs. **Journal of Natural Products**, v. 80, n. 2, p. 278-289, 2017.

- HEO, Ho Jin; LEE, Chang Yong. Protective effects of quercetin and vitamin C against oxidative stress-induced neurodegeneration. **Journal of Agricultural and Food Chemistry**, v. 52, n. 25, p. 7514-7517, 2004.
- HUEBBE, Patricia et al. Effect of dietary quercetin on brain quercetin levels and the expression of antioxidant and Alzheimer's disease relevant genes in mice. **Pharmacological research**, v. 61, n. 3, p. 242-246, 2010.
- LARA, Humberto Herman et al. Nutrición que previene el estrés oxidativo causante del Alzheimer. Prevención del Alzheimer. **Gac Med Mex**, v. 151, p. 245-51, 2015.
- LIU, Gui-Shan et al. O resveratrol atenua o dano oxidativo e melhora o comprometimento cognitivo no cérebro de camundongos acelerados por senescência. **Ciências da vida**, v. 91, n. 17, p. 872-877, 2012.
- MORZELLE, Maressa Caldeira. **Resíduos de romã (Punica granatum) na prevenção da doença de Alzheimer**. 2012. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
- NALAGONI, Chandra Shakar Reddy; KARNATI, Pratap Reddy. Protective effect of resveratrol against neuronal damage through oxidative stress in cerebral hemisphere of aluminum and fluoride treated rats. **Interdisciplinary Toxicology**, v. 9, n. 2, p. 78-82, 2016.
- PEREIRA DIAS VIEGAS, Flávia et al. Doença de Alzheimer: caracterização, evolução e implicações do processo neuroinflamatório. **Revista Virtual de Química**, v. 3, n. 4, p. 286-306, 2011.
- SCAZUFCA, M. et al. Investigações epidemiológicas sobre demência nos países em desenvolvimento. **Revista de Saúde Pública**, p. 773-778, 2002.
- SCHMATZ, Roberta et al. O resveratrol previne déficits de memória e o aumento da atividade da acetilcolinesterase em ratos diabéticos induzidos por estreptozotocina. **European journal of pharmacology**, v. 610, n. 1, p. 42-48, 2009.
- SERENIKI, Adriana; VITAL, M. A. B. F. A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**, v. 30, n. 1 supl 0, 2008.
- SPENCER, Jeremy PE. Flavonóides e saúde cerebral: múltiplos efeitos sustentados por mecanismos comuns. **Genes & nutrition**, v. 4, n. 4, p. 243-250, 2009.

SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL: EVOLUÇÃO E COBERTURA DAS EQUIPES

Camila Luz Costa – Universidade Católica de Brasília – camilaluzc@gmail.com, Jéssica de Alencar Costa – Universidade Católica de Brasília – jessicaalencar569@gmail.com, Guilherme Máximo Xavier – Universidade Católica de Brasília – guimaximo@gmail.com, Jeane Kelly Silva de Carvalho – Universidade Católica de Brasília – jeaneecalebe@hotmail.com, Ruth da Conceição Costa e Silva Sacco – Universidade Católica de Brasília – ruth.sacco1@gmail.com.

PALVARAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde. Atenção Básica. Saúde da Família. Cobertura de Serviços Públicos de Saúde

INTRODUÇÃO:

No Brasil, os serviços públicos de saúde são estruturados conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988, e que possui princípios doutrinários e organizativos para nortear suas ações (BRASIL, 1988). Destacam-se, aqui, o princípio doutrinário da integralidade que, de modo sintético, significa que o SUS deve cobrir todas as ações e serviços de saúde, incluindo ações de prevenção primária, secundária e terciária; e o princípio organizativo da hierarquização, onde se espera que os serviços sejam organizados em níveis de atenção de complexidade crescente de modo a se atingir o princípio da integralidade e atender os indivíduos em todas as suas necessidades (BRASIL, 1990).

Nesse contexto, a Atenção Básica (AB) se caracteriza por um englobar ações coletivas e individuais de saúde, que envolvem todos os níveis de prevenção, ou seja, a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde de modo a se atingir o cuidado integral dos indivíduos, impactando em sua saúde e conferindo-lhes autonomia para atuar nos determinantes e condicionantes sociais que podem interferir em sua situação de saúde (BRASIL, 2012).

Em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família, depois denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 1997), o qual busca a implementação dos princípios do SUS e minimizar os problemas acarretados pelo modelo biomédico e, um de seus principais objetivos é tornar a AB porta de entrada prioritária para o sistema (FERTONANI, 2015).

Em 2012, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) nasce na tentativa de fortalecer o papel da ESF e da AB, enquanto principal ordenadora dos serviços, junto a outras importantes iniciativas do SUS, ampliando as ações intersetoriais e a promoção da saúde. Essa ampliação,

necessária ao atingimento de resolutividade, envolve a extensão da cobertura das equipes da ESF, que atualmente contam em sua composição mínima com médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL 2012).

Nas últimas décadas, a ESF tem alcançado expansão da cobertura, mas essa possui diferentes ritmos de acordo com a região e o município brasileiros, o que pode demonstrar dificuldade em acessar os serviços oferecidos pela AB e comprometimento do acesso em suas diversas dimensões, que incluem aspectos relacionados à longitudinalidade e à responsabilização com a população da área de abrangência (MALTA et al, 2016).

Considerando a necessidade de se atingir o princípio da integralidade e que a porta de entrada para o SUS é a AB, nível que deve se responsabilizar pela coordenação de cuidados de saúde dos indivíduos, é necessário que as equipes da ESF sejam ampliadas de modo a se estender a cobertura populacional.

Assim, o objetivo desse estudo é verificar a evolução das equipes da ESF no Brasil, bem como sua cobertura populacional nos últimos 10 anos.

MATERIAL E MÉTODOS:

Foi feito estudo exploratório, descritivo, utilizando-se dados secundários administrativos do tipo agregados, obtidos do Departamento de Informática do SUS (DataSUS) e da sala de Apoio à Gestão Estratégica do SUS (Sage). Ambas são bases de dados do Ministério da Saúde brasileiro e de acesso público, dessa forma, sendo dispensada aprovação prévia de Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Esse tipo de estudo possui algumas vantagens como ser de fácil e rápida execução, além de seu baixo custo, entretanto a impossibilidade de se qualificar os dados apresenta-se como desvantagem uma vez que os dados já foram coletados em outro momento e não podem ser novamente manipulados pelo pesquisador (LOPES, 2013).

Para subsidiar a construção do referencial teórico, foi feita pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando-se os descritores: “Sistema Único de Saúde”, “Atenção Básica”, “Saúde da Família”, “Cobertura de Serviços Públicos de Saúde”, tendo sido considerados aqueles de maior proximidade com o tema, publicados nos últimos 10 anos e cujo texto completo estivesse disponível de forma universal. Também foram utilizados livros-texto para delineamento da metodologia.

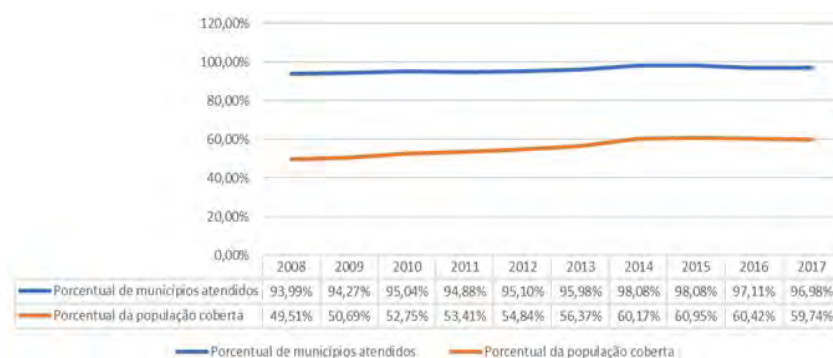
Os dados obtidos no DataSUS foram processados no programa Excel, do Microsoft Office 2016®, para posterior análise.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Foi verificada a cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil, aqui compreendida como a extensão dos serviços públicos de saúde prestados pelas equipes da ESF voltados à população (Ministério da Saúde, 2017).

Considerando dados até março de 2017, 123.126.735 milhões de pessoas em 5.402 municípios são atendidas por 39.872 equipes de ESF. As equipes de ESF estão presentes em quase todos os municípios brasileiros (96,98%), mas apenas 59,74% da população está coberta, ou seja, em muitos municípios apenas uma parcela de seus habitantes está sendo assistida, havendo uma heterogeneidade não apenas em relação às grandes regiões, mas também dentro do próprio município. Isso demonstra que a cobertura populacional está longe de atingir as mesmas proporções e que planejamentos devem ser feitos a fim de equilibrar esse quadro (Figura 1).

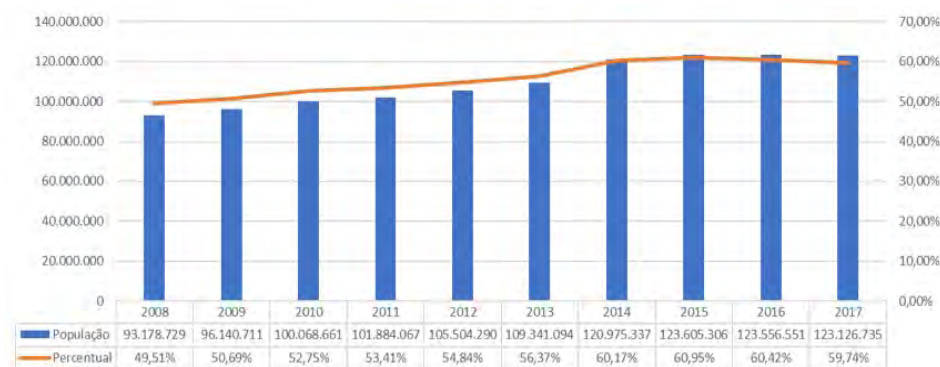
Figura 1 – População coberta pela ESF x municípios atendidos no Brasil, 2008-2017.



Fonte: Sage, 2017.

No período de 2008 a 2015, observou-se crescente cobertura da ESF, especialmente entre 2013 e 2014, quando houve incremento de 3,8% e, em 2015, atingiu-se o maior percentual (60,95%). Nos últimos dois anos, desconsiderando-se 2017 (ainda em andamento), observa-se tendência de estabilização, o que pode demonstrar ocorrência de demanda reprimida e necessidade de ampliação de cobertura (Figura 2). A demanda reprimida existe quando indivíduos acessam o serviço de saúde, mas não conseguem utilizá-lo e, uma das razões para isso, é a falta de recursos humanos disponíveis (ASSIS e JESUS, 2012).

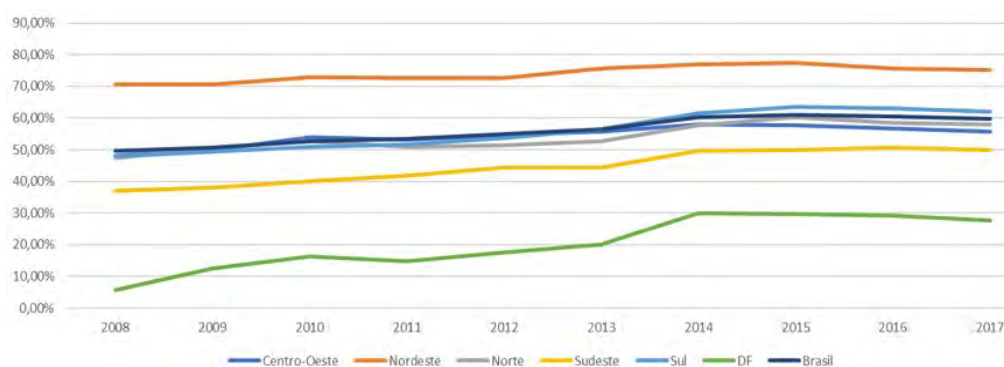
Figura 2 – Cobertura populacional da ESF no Brasil, 2008-2017.



Fonte: Sage, 2017.

Quando analisado por grandes regiões, os maiores percentuais de população coberta por ESF foram na região Nordeste, que atingiu média maior que a do Brasil, oscilando entre 70,64% e 77,35%, nos últimos 10 anos. A Região Sudeste, mesmo tendo aumento progressivo, apresentou a pior média de cobertura populacional quando comparada a todas as regiões e com a média nacional, oscilando entre 36,93% e 50,52% (Figura 3). Essa disparidade regional, também foi observada nos estudos de Conill (2008) e Malta et al (2013) que justificaram as diferenças devido aos diversos processos de gestão local entre os estados brasileiros, levando-se em consideração prioridades de implantação e organização, o que se reflete nas coberturas locais, nos acessos aos serviços de saúde e nas respostas destes aos indivíduos.

Figura 3 – Percentual da população coberta por ESF, segundo região de residência, no Brasil, 2008-2017.



Fonte: Sage, 2017.

Comparando-se o Distrito Federal (DF) com as grandes regiões e com o Brasil, nota-se discrepância na cobertura populacional pela ESF, sendo que sua maior cobertura foi em 2014 com menos de um terço da população sendo assistida (29,93%) (Figura 3). As características geopolíticas do DF podem estar se apresentando como barreiras na regionalização, haja vista que o DF não se enquadra como município, e consequente processo de implantação e expansão da ESF.

Ao contrário do que se observa nos resultados apresentados (aumento de 5,12% na cobertura do Nordeste), Malta et al (2013) apresentam dados que, apesar da elevada cobertura no Nordeste, não demonstram crescimento da cobertura entre os anos de 2008 e 2013, e sim um declínio de 0,5%.

Segundo esses autores, um dos motivos que pode justificar essa redução em estados onde a cobertura se mostrava elevada foi a dificuldade de fixação de profissionais em periferias das grandes cidades, em áreas de risco e em cidades do interior. Além disso, outros autores também apontam evidências que apresentam dificuldade no trabalho em equipe, tanto entre os profissionais como entre os profissionais e os usuários, na integração das ações e em seu estabelecimento, e nas articulações de intervenções intersetoriais, ressaltando também a necessidade da população ter uma participação mais efetiva no planejamento e na tomada de decisões. Problemas esses que dificultam o aumento da cobertura populacional e tornam ainda mais desafiadora a tarefa de ampliar e manter elevada a cobertura daquelas áreas que já apresentam alta cobertura populacional (SARTI et al, 2012; SILVA et al, 2010; TRAD et al, 2009; VIANA et al, 2006; CONILL, 2008).

Os avanços obtidos com a implantação e expansão da ESF nos municípios brasileiros são muitos, incluindo o aumento do acesso da população aos serviços de saúde, a promoção da equidade em saúde, a redução das taxas de mortalidade infantil e de internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde (SARTI et al, 2012). O aumento expressivo na cobertura da ESF observado nos anos de 2013 e 2014 em todas as regiões brasileiras pode ser atribuído à implantação do Programa Mais Médicos, que promoveu o deslocamento e a fixação de profissionais em regiões mais distantes, elevando assim o percentual da cobertura populacional (MALTA et al, 2013).

CONCLUSÕES:

Os países que possuem modelo centrado em famílias e comunidades e que utilizam a Atenção Básica como guia para acesso aos serviços são os que possuem os melhores indicadores de saúde. Assim, os processos de gestão devem ser eficientes e trabalhar bem o princípio da equidade na redução das desigualdades locorregionais. Apesar de praticamente todos os municípios serem

atendidos pela ESF, cerca 40% da população ainda não possui cobertura, o que compromete as ações de promoção da saúde e a qualidade de vida da população brasileira.

A cobertura das equipes da ESF tem evoluído no Brasil. Entretanto, há dificuldades a serem vencidas, como: a) necessidade de ampliação de políticas que incentivem os profissionais de saúde a se fixarem no seu município de atuação, evitando-se deslocamentos e consequente diminuição da cobertura populacional; b) maior interação entre os profissionais que compõe as equipes e os usuários; c) melhor articulação para adequada execução de intervenções intersetoriais; e d) utilização de dados epidemiológicos para subsidiar o planejamento, para que este seja mais assertivo e resolutivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, Nov. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100002&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 27 setembro 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Lei Nº. 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde**. Disponível em: http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/?IsisScript=../cgi-bin/decsserver/decsserver.xis&path_database=/home/decs2017/www/bases/&path_cgibin=/home/decs2017/www/cgi-bin/decsserver/&path_data=/decsserver/&temp_dir=/tmp&debug=&clock=&client=&search_language=p&interface_language=p&navigation_bar=Y&format=LONG&show_tree_number=F&list_size=200&from=1&count=5&total=14&no_frame=T&task=hierarchic&previous_task=list_terms&previous_page=list_terms&mfn_tree=016856#Tree016856-1. Acessado em 26 set 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf> Acessado em 28 setembro 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Coberturas do Saúde da Família.** Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>.

Acessado em 24 set 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: < <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>

Acessado em 28 setembro 2017.

BRASIL. Sala de Apoio à Gestão Estratégica (Sage). Ministério da Saúde (Org.). **Equipes da Saúde da Família.** 2017. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/#>>. Acesso em: 22 set. 2017.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s7-s16, 2008. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300002&lng=en&nrm=iso)

311X2008001300002&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 24 Set 2017.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300002>.

FERTONANI, Hosanna et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. Saúde coletiva.** 2015. Disponível em: <

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1869.pdf>>. Acessado em 28 setembro

2017.

LOPES, Marcos Venícios de Oliveira. Desenhos de Pesquisa em Epidemiologia. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. In: **Epidemiologia e Saúde.** 7ª. Edição. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. Cap. 6, pp. 121 a 131.

MALTA, Deborah Carvalho et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 327-338, Feb. 2016. Disponível em

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200327&lng=en&nrm=iso)

81232016000200327&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 27 setembro 2017.

<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015>

SARTI, Thiago Dias et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 537-548, Mar.

2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300014&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 24 Set 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300014>

SILVA, Kênia Lara; RODRIGUES, Andreza Trevenzoli. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 762-769, Oct. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500011&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 24 Set 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000500011>.

SORATTO, Jacks et al. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 584-592, June 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200584&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 24 Set 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015001572014>.

TRAD, Leny Alves Bomfim; ESPERIDIAO, Monique Azevedo. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 557-570, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500008&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 24 Set 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500008>.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila et al. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 577-606, Sept. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300009&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 24 Set 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300009>.

SÍFILIS CONGÊNITA: EPIDEMIOLOGIA NO DISTRITO FEDERAL

Raissa Arcoverde Borborema Mendes, Universidade Católica de Brasília

raissaborborema@gmail.com

Daniel Valões Dytz, Centro Universitário de Brasília - UniCEUB

danielvdytz@gmail.com

Laís Ribeiro Vieira, Universidade Católica de Brasília

lais_ribeiro20@hotmail.com

Débora Maria Neres de Almeida Souza, Universidade Católica de Brasília,

deh.6@hotmail.com

Denise Nogueira da Gama Cordeiro, Docente da Universidade Católica de Brasília

denisengcordeiro@yahoo.com.br

Introdução:

A sífilis congênita é uma infecção bacteriana causada pelo *Treponema pallidum*, que pode afetar a gestante e ser transmitida ao feto por via transplacentária ou por secreções vaginais no canal de parto. Essa constitui um tradicional evento-sentinelas para monitoramento da Atenção Primária em Saúde (APS), pois é uma agravo 100% evitável, desde que a gestante seja identificada e as medidas preconizadas sejam realizadas (DOMINGUES et al., 2013). Através da implementação da triagem precoce e estratégias de tratamento para sífilis em gestantes o risco de resultados adversos para o feto se torna mínimo (WHO, 2017).

A notificação da sífilis congênita no Brasil é compulsória desde 1986. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) existem indícios que a incidência de transmissão vertical da sífilis está diminuindo globalmente, em decorrência do aumento de notificações, chances de exames e tratamentos eficazes. Entretanto, no Distrito Federal (DF) durante período de 2009 a 2014, foram notificados 717 casos de sífilis em gestantes e 733 casos de sífilis congênita, e observou-se um aumento gradual do número de casos nesse período (BRASÍLIA, 2015).

Materiais e Métodos:

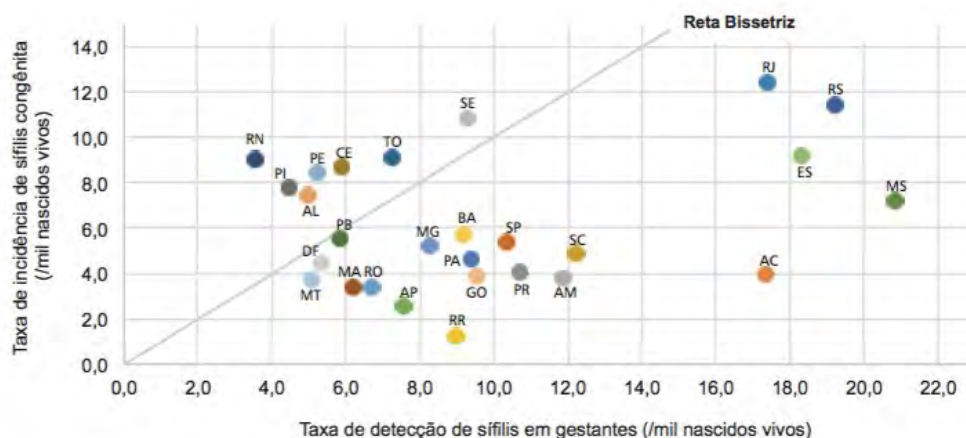
Esta revisão de literatura baseou-se em buscas de artigos publicados entre os anos 2012 e 2017, nas plataformas Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Public MEDLINE (PubMed) e Scielo. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave: “dados epidemiológicos” “infecção congênita” “sífilis na gestação” “Distrito Federal”, culminando com a seleção de boletins epidemiológicos e

artigos científicos. Para o levantamento de dados epidemiológicos, foi utilizada a base de dados, Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), com foco em resultados referentes a índices nacionais e do Distrito Federal, no período entre 2013 e 2016.

Resultados e Discussão:

A sífilis congênita é decorrente da disseminação do *Treponema pallidum*, na gestante não devidamente tratada, por via hematogênica para o feto. Os principais fatores que determinam a probabilidade de infecção para o conceito são o estágio da sífilis materna e a duração da exposição do feto no útero (SÃO PAULO, 2016). Se a sífilis na gestante não tratada estiver na fase primária o risco de acometimento fetal varia de 40% a 90%, uma vez que o número de espiroquetas circulantes é maior em relação às outras fases da doença. Em contrapartida, se a gestante estiver apresentando a sífilis latente o risco de acometimento fetal varia de 10% a 40% (LINS, 2014).

Uma revisão sistemática, realizada pela OMS, detectou que há maiores riscos de infecção pelo treponema e resultados adversos, se as mulheres forem examinadas no terceiro trimestre da gravidez em relação ao primeiro e segundo trimestre (WHO, 2017). Dentre as gestantes infectadas, 25% dos fetos evoluíram para morte fetal ou aborto espontâneo e 25% dos nascidos vivos apresentaram baixo peso ao nascer e adquiriam a forma grave da infecção (BRASÍLIA, 2015).



Fonte: Sinan (atualizado em 30/06/2016).

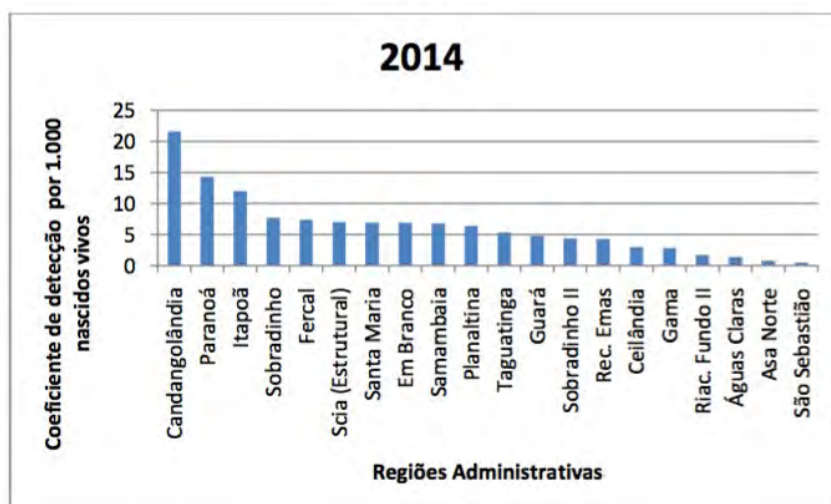


Figura 2 - Coeficiente de detecção de sífilis em gestante por 1.000 nascidos vivos, segundo regiões Administrativas e ano de diagnóstico. Distrito Federal-2014.

A sífilis congênita pode ser dividida em: sífilis congênita precoce ou sífilis congênita tardia, conforme o surgimento das manifestações clínicas. A primeira ocorre até os primeiros dois anos de vida, podendo ser assintomática ao nascer ou apresentar sinais pouco específicos, incluindo prematuridade e baixo peso ao nascer. Na segunda os sinais e sintomas são observados a partir do segundo ano de vida, com características da cicatrização das lesões iniciais produzidas pelo treponema, como: tibia em “lâmina de sabre”, articulações de Clutton, fronte “olímpica”, “nariz em sela”, dentes de Hutchinson, surdez neurológica, dentre outras. Não existe teste sorológico ideal para o diagnóstico da sífilis congênita, sendo feito a partir da associação dos critérios epidemiológicos, clínicos, laboratoriais e de imagem, uma vez que mais da metade dos recém-nascidos podem ser assintomáticos ou ter sinais pouco específicos (SÃO PAULO, 2016).

A notificação compulsória de sífilis congênita em todo o território nacional foi instituída por meio da Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986; desde então tornou-se possível o estudo epidemiológico dessa doença e a implementação de planos, protocolos e diretrizes. Na figura 1 observa-se a posição de cada UF em relação às suas taxas de incidência de sífilis congênita e de detecção de sífilis em gestantes. O DF apresenta-se abaixo da Reta Bissetriz, o que caracteriza que há maior detecção de sífilis em gestantes quando comparada à sífilis congênita (BRASIL, 2016).

Desde 2009 observou-se um aumento anual do número de casos de sífilis em gestantes detectados no DF, com 69 casos em 2009, 92 casos em 2010, 119 casos em 2011, 130 casos em 2012, 152 casos em 2013 e 171 casos em 2014, totalizando 733 casos notificados pelos Núcleos de Vigilância Epidemiológica. Houve também um recrudescimento do coeficiente de detecção de 1,6 casos por 1.000 nascidos vivos em 2009, para 4,0 casos por 1.000 nascidos vivos em 2014 (BRASÍLIA, 2015)

A Região Administrativa que obteve maior índice de detecção de sífilis em gestantes no ano 2014 foi Candagolândia, seguido por Paranoá, Itapoã, Sobradinho e Fercal (Figura 2). Estas regiões também apresentaram os maiores índice de detecção da sífilis congênita (BRASÍLIA, 2015).

Em relação aos casos de sífilis congênita notificadas entre o período de 2009 e 2014, observa-se que a maioria dos casos diagnosticados no Distrito Federal tem menos de 7 dias de vida. Essa detecção precoce pode indicar que o diagnóstico está sendo realizado oportunamente nas maternidades e na Atenção Básica do DF (Tabela 1) (BRASIL, 2017).

Distrito Federal	2009		2010		2011		2012		2013		2014		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Faixa Etária de diagnóstico														
< 7 dias	68	98,6	90	97,8	115	96,6	129	99,2	148	97,4	167	97,7	717	97,8
7 a 27 dias	1	1,4	1	1,1	0	0,0	1	0,8	1	0,7	2	1,2	6	0,8
28 a 364 dias	0	0,0	1	1,1	2	1,7	0	0,0	2	1,3	0	0,0	5	0,7
1 ano	0	0,0	0	0,0	2	1,7	0	0,0	1	0,7	1	0,6	4	0,5
2 a 4 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,6	1	0,1
Total	69	100,0	92	100,0	119	100,0	130	100,0	152	100,0	171	100,0	733	100,0

Tabela 1 - Casos de sífilis congênita, segundo ano de ocorrência, faixa etária de diagnóstico, tratamento e evolução do caso. Distrito Federal 2009 - 2014

Em gestantes infectadas sem tratamento adequado a taxa de transmissão vertical é de 70% a 100%. Com o devido tratamento há diminuição dessa taxa para 1% a 2%(NORWITZ, 2012; ZUGAIB, 2008). O tratamento da doença deve ser iniciado a partir do diagnóstico sorológico para Sífilis. O teste deverá ser realizado no momento do diagnóstico de gestação ou na primeira consulta pré-natal da gestante ao serviço de saúde. Nos casos de gestantes nas fases primária, secundária e latente precoce da doença o tratamento realizado ocorre através do uso da Penicilina G benzatina, 2 séries com dose total de 4.800.000 UI, intra-muscular, com intervalo de uma semana. Entretanto, gestantes que se encontram na fase latente tardia, terciária ou latente com duração indeterminada, há alteração para 3 séries com dose total de 7.200.000 UI, intra-muscular com intervalo de 1 semana entre as séries (SÃO PAULO, 2016).

Dentre os casos de sífilis congênita no DF, 79% das mães realizaram o pré-natal. Destas, apenas 51% obtiveram diagnóstico naquele momento e em 15,6% dos casos o parceiro realizou tratamento (BRASÍLIA, 2015)

Conclusão:

O controle da sífilis é uma das metas do Pacto pela Saúde, no qual o Ministério da Saúde prevê atenção especial às ações que integram a Rede Cegonha, sobretudo na atenção básica e na vigilância em saúde. Essas ações são divididas em três instâncias: prevenção, diagnóstico e controle (BRASIL, 2017)

A sífilis é uma patologia de recursos diagnósticos e terapêuticos de baixo custo. Quando detectada precocemente na gestante e tratada adequadamente, os riscos de infecção para o feto tornam-se mínimos. Segundo as Notas Técnicas de N° 1 e 2/2014 da rede cegonha, a taxa de transmissão vertical da sífilis, em mulheres não tratadas, é superior a 70%, quando elas se encontram na fase primária e secundária da doença, reduzindo-se para 10% a 30% nas fases latentes ou terciárias. O número de casos de sífilis congênita revela a qualidade no pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada precocemente durante a gestação (BRASÍLIA, 2015).

No DF houve aumento da taxa de notificação e baixa incidência da sífilis congênita comparada a maior parte dos estados do Brasil (BRASIL, 2016). Contudo, 49% das gestantes infectadas no DF não foram diagnosticadas no momento da consulta pré-natal e o baixo índice de parceiros tratados ainda é alarmante. Dos casos de sífilis congênita, 97,8% foram detectados em menos de 7 dias de vida, (Tabela 1) o que indica um atendimento pós-natal eficaz.

A partir desses dados epidemiológicos conclui-se que a Atenção Primária em Saúde no DF deve intensificar o monitoramento do perfil epidemiológico da sífilis congênita, tendo em vista identificar os casos e realizar ações de prevenção e controle (BRASIL, 2017). Essas ações devem ser realizadas durante todo o período gestacional e pós-natal, com o objetivo de redução da incidência e prevalência dessa doença na população.

Referências:

ARAÚJO, Cinthia Lociks de et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 46, n. 3, p.479-486, jun. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102012000300010>.

BRASIL. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Ministério da Saúde (Org.). **Morbidade - Sífilis congênita**. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/#>>. Acesso em: 15 out. 2017.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico – Sífilis**. 2016. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/boletinsExternos/2016_030_sifilis_publicao2_pdf_51905.pdf>. Acesso em: 22 out. 2017.

BRASÍLIA. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (Org.). **Boletim epidemiológico da sífilis no Distrito Federal**. Brasília, 2015. 27p.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 47, n. 1, p.147-157, fev. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102013000100019>.

LINS, Cynthia Dantas de Macedo. **Epidemiologia da sífilis gestacional e congênita no extremo setentrional da amazônia**. 2014. 72 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, 2014.

SÃO PAULO. Carla Gianna Luppi. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo (Org.). **Guia de Bolso para o manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita**. São Paulo, 2016. 112 p. SARACENI, Valéria; MIRANDA, Angélica Espinosa. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 28, n. 3, p.490-496, mar. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2012000300009>.

World Health Organization. **WHO GUIDELINE ON Syphilis screening and treatment for pregnant women**. 2017. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259003/1/9789241550093-eng.pdf?ua=1>>. Acesso em: 22 out. 2017.

SÍNDROME DE MÜNCHHAUSEN POR PROCURAÇÃO: RELATOS DE CASOS PUBLICADOS NA LITERATURA.

Bárbara Elís de Araujo, graduanda do curso de medicina da Universidade Católica de Brasília (UCB), barbara_elis_@hotmail.com.

Iago Ícaro Murad Moura, graduando do curso de medicina da Universidade Católica de Brasília (UCB), iagomurad1@gmail.com.

Igor Mariano Primo de Freitas, graduando do curso de medicina da Universidade Católica de Brasília (UCB), marianoigor25@gmail.com.

Pedro Henrique Nunes de Araujo, graduando do curso de medicina da Universidade Católica de Brasília (UCB).

Denise Nogueira da Gama Cordeiro, pediatra e docente do curso de medicina da Universidade Católica de Brasília (UCB), denisengcordeiro@yahoo.com.br.

PALAVRAS-CHAVES: síndrome de Münchhausen por procuração. Abuso infantil. Transtorno factício imposto a outro. Violência infantil.

INTRODUÇÃO:

A síndrome de Münchhausen por procuração (SMP) é um transtorno factício imposto a outro, no qual a criança ou o adolescente são expostos a situações de abuso físico causado pelo(s) próprio(s) tutor(es). Os violentadores falsificam sinais e sintomas no assistido, podendo até lesionar fisicamente a criança, com o intuito de provocar ou simular um quadro de doença, e assim, buscar assistência médica. A incidência da SMP é de 0,5 a 2 casos a cada 100 mil crianças menores de 16 anos, contudo a complexidade diagnóstica desta doença e a subnotificação podem mascarar os dados reais (Telles, 2015).

METODOLOGIA:

Buscou-se na base de dados Medline via PubMed relatos de caso que continham o termo: “munchausen syndrome by proxy” no título, publicado nos últimos 10 anos e disponibilizados em todo seu conteúdo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionados cinco trabalhos, os quais foram obtidos por meio da metodologia selecionada.

Em uma das pesquisas encontradas, Mantan et cols (2015) abordaram relato de caso de paciente de 10 anos de idade com histórico de várias internações e queixas renais. A equipe concluiu que os pais adulteravam as amostras de sangue que indicavam hipercalemia e azotemia.

Akin e cols (2016) reportaram caso de uma menina de 7 anos que vinha apresentando episódios de hipoglicemia associados a períodos hiperglicêmicos. A equipe desconfiou que se tratava de diagnóstico de diabetes, contudo suspeitou-se do comportamento da mãe, e descobriram níveis tóxicos de gliclazida no organismo da criança, administrada pela própria mãe.

Em outro trabalho, Gehlawat et cols (2015) trouxeram o caso de uma criança de 9 anos de idade sob os cuidados do pai e tio, com queixas de hematêmese e convulsão, somadas a amplo histórico de internações. A equipe descobriu que os tutores forjavam amostras de sangue supostamente expelida pela boca da criança, por meio de uma mistura de saliva e corante.

Foto et cols (2013) narraram um interessante caso de um garoto de 10 anos de idade. Os pais relatavam histórias de abuso sexual sofridos pela criança, nos quais vizinhos, professores e trabalhadores da escola eram apontados como autores. A própria criança passara a acreditar que havia sofrido abusos, sendo afastada do ambiente escolar e do bairro onde mantinha laços sociais. Ambos os pais foram diagnosticados com a síndrome.

Patnaik e cols (2013) abordaram caso de bebê de 10 meses em que a mãe se queixava de secreção espumosa presente no couro cabeludo do bebê há 3 meses. Após exames, não foi encontrada qualquer alteração. A mãe fora confrontada e admitiu aplicar xampu antes dos exames na criança para simular um quadro de doença.

CONCLUSÃO:

A Síndrome de Münchhausen por Procuração é uma doença grave que põe em risco a saúde de indivíduos incapazes de autocuidado e se manifesta nas mais variadas formas, sendo necessário um corpo clínico competente e treinado para desconfiar de tal transtorno e confirmar o diagnóstico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Akın O, Yeşilkaya E, Sari E, Akar Ç, Başbozkurt G, Macit E, Aydın I, Taşlipinar A, Gül H. **A Rare Reason of Hyperinsulinism: Munchausen Syndrome by Proxy.** Horm Res Paediatr. 2016;86(6):416-419. Epub 2016 May 26.

Foto Özdemir D, Gökler B, Evinç ŞG, Balseven Odabaşı A. **A case of Munchausen Syndrome by proxy in the context of folie a famille.** Turk Psikiyatri Derg. 2013 Winter;24(4):275-9. Turkish.

Gehlawat P, Gehlawat VK, Singh P, Gupta R. **Munchausen syndrome by proxy: an alarming face of child abuse.** Indian J Psychol Med. 2015 Jan-Mar;37(1):90-2.

Mantan M, Dhingra D, Gupta A, Sethi GR. **Acute kidney injury in a child: A case of Munchausen syndrome by proxy.** Saudi J Kidney Dis Transpl. 2015 Nov;26(6):1279-81.

Patnaik S, Mishra BR, Mohanty I, Nayak S. **Foamy discharge on the scalp of the infant: Munchausen syndrome by proxy.** Indian Journal of Dermatology. 2013. 58(5): 510.

Telles LB, Moreira CG, Almeida MR, Mecler K, Valença AM, Baldez DP. **Transtorno factício imposto a outro (síndrome de Munchausen por procuração) e maus-tratos infantis.** Revista Debates em Psiquiatria. Associação Brasileira de Psiquiatria. Nov/dez 2015, p: 38-43.

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA LEISHMANIOSE VISCERAL NO BRASIL DE 2007 A 2015

Samanta Carvalho da Silva, samantac.biomed@gmail.com,

Douglas dos Santos Albernaz, dalbernaz@ucb.br

Universidade Católica de Brasília

,

Palavras-chave: Infecção. Reservatórios. Transmissão.

Introdução:

As leishmanioses são infecções zoonóticas transmitidas por vetores e podendo se transformar em antroponose quando o homem entra em contato com o ciclo do parasito. A infecção apresenta dois quadros principais – cutâneo (LC) e visceral (LV), sendo este último o quadro mais grave com alto índice de mortalidade quando não tratado¹.

No Brasil, a transmissão da LV vem sendo registrada em todas as regiões do Brasil e seu padrão epidemiológico vem se transformando. Inicialmente os casos ocorriam em áreas eminentemente rurais, porém, recentemente, a infecção vem se expandindo para as áreas urbanas de médio e grande porte². Esta nova realidade está ligada às modificações ambientais provocadas pelo homem em centros urbanos em expansão, pelo processo migratório, alteração do ecossistema de reservatórios silvestres, mobilização de cães infectados para áreas em transmissão e adaptação do vetor *Lutzomyia longipalpis* ao peridomicílio⁶.

O diagnóstico da LV é complicado, uma vez que o quadro, caracterizado por anemia, perda de peso, astenia, hepatoesplenomegalia, febre de longa duração, é confundido com outras enfermidades³. O tratamento da doença envolve drogas com alto potencial de toxicidade e efeitos diversos⁴, o que dificulta a adesão do tratamento pelo paciente.

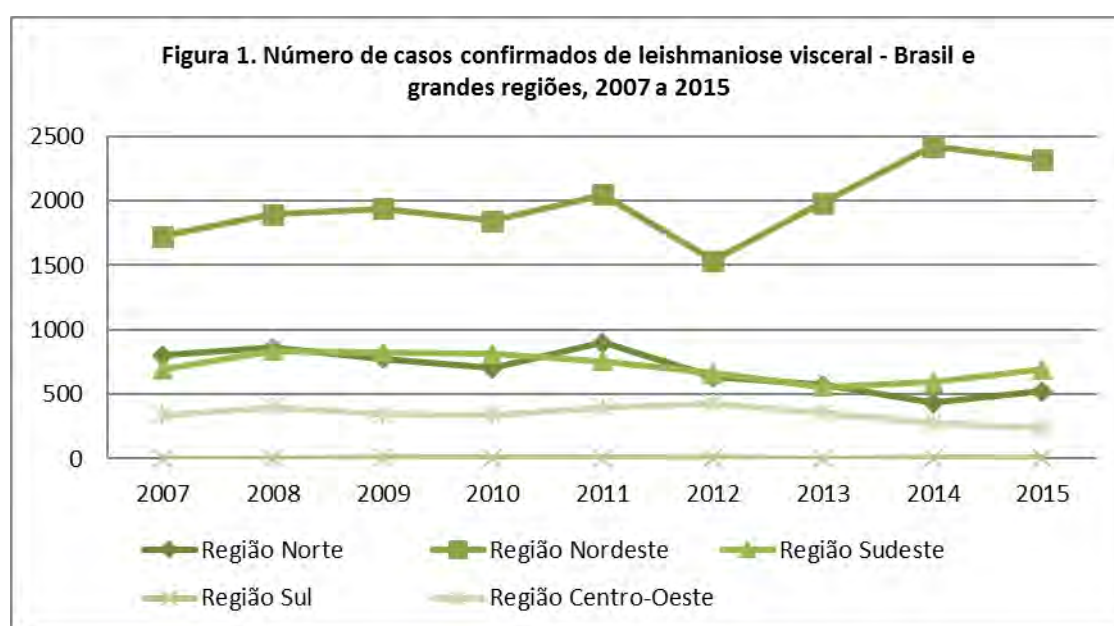
As estratégias de controle abrangem o controle do reservatório canino (incluindo eutanásia em cães sororreagentes), aplicação de inseticidas, diagnóstico e tratamento dos casos registrados². Entretanto, estas ações não têm contribuído na redução dos casos no Brasil, o que sugere a necessidade de se implantar ações mais efetivas no controle da LV. Por esses motivos, objetivo deste trabalho é apresentar dados da situação da LV no Brasil no período de 2007 a 2015.

Material e métodos:

Foi feita uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados Scielo, Pubmed, LILACS Revistas e bases de dados do Ministério da Saúde, como o Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Usando como palavras-chave: Leishmaniose visceral, epidemiologia, região de notificação, faixa etária e sexo.

Resultados e discussão:

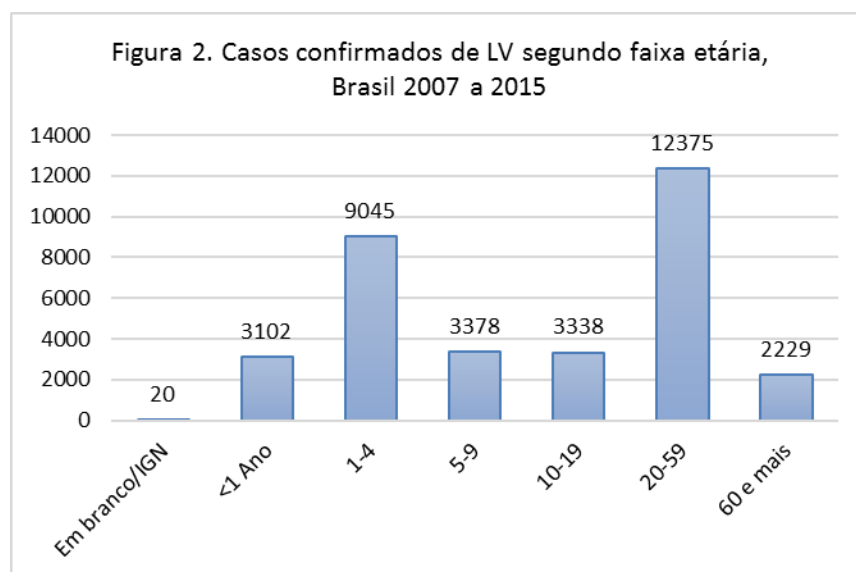
Segundo os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde (SINAN), a LV atinge todas as regiões brasileiras com média anual de 745 casos no período de 2007 a 2015, sendo a região Sul a que apresentou menor número e a região Nordeste, o maior número de casos (Figura 1).



Em função dos aspectos geográficos, climáticos e sociais da LV, observa-se uma incidência maior dos casos nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste. Na década de 90, a região Nordeste era responsável por 90% dos casos notificados de LV². Os dados demonstram uma clara expansão da doença para outras regiões, já que a região Nordeste registrou 53% dos casos do país no período de 2007 a 2015.

Os dados epidemiológicos demonstram que a maioria dos casos se concentra na faixa etária de 20 a 59 anos, representando 37% dos casos no país. Já a faixa etária de 1 a 4 anos representou

27% dos casos (Figura 2). Provavelmente, porque, nesta idade há maior susceptibilidade à infecção e maior depressão da imunidade⁵.



A proporção de casos é maior no sexo masculino (63%), principalmente na faixa etária de 20 a 39 anos (Figura 3). O fato de o sexo masculino ser o mais afetado ainda não é totalmente esclarecido, porém, postula-se a existência de um fator hormonal ligado ao sexo ou à exposição⁵.

Conclusões:

Os resultados encontrados e, principalmente, os dados pesquisados no SINAN demonstram que apesar dos esforços e políticas públicas direcionados para o controle da infecção, a LV ainda representa um grande desafio a ser superado em várias regiões brasileiras. A urbanização não planejada e a invasão do homem em áreas de ecossistema do vetor favorecem a ocorrência dos casos humanos, que geralmente é precedida pela infecção canina, importante reservatório da doença⁶. Este panorama salienta a importância de se manter vigilância epidemiológica efetiva que consiga identificar a presença dos vetores no domicílio e peridomicílio, além do diagnóstico e manejo correto das infecções caninas e humanas em áreas endêmicas da LV.

Referências Bibliográficas:

1. WHO. Global leishmaniasis update, 2006–2015: a turning point in leishmaniasis surveillance. Weekly epidemiological record. No 38, 2017, 92, 557–572. <http://www.who.int/wer>.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 1. ed., 5. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
3. Berman JD. Human leishmaniasis: clinical, diagnostic, and chemotherapeutic developments in the last 10 years. *Clin Infect Dis*. 1997 Apr;24(4):684-703.
4. Costa DL. Fatores de prognóstico na leishmaniose visceral: alterações clínicas e laboratoriais associadas à resposta imune, aos distúrbios da coagulação e à morte [tese]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais;2009
5. QUEIROZ, Márcia J. A.; ALVES, João G. B. and CORREIA, Jailson B.. Leishmaniose visceral: características clínico-epidemiológicas em crianças de área endêmica. *J. Pediatr. (Rio J.)* [online]. 2004, vol.80, n.2 [cited 2017-10-03], pp.141-146
6. MAIA-ELKHOURY, Ana Nilce Silveira et al. Visceral leishmaniasis in Brazil: trends and challenges. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24, n.12 [cited 2017-10-04], pp.2941-2947.

TAXAS DE COBERTURA VACINAL CONTRA A HEPATITE B NO DISTRITO FEDERAL NO PERÍODO DE 2010 E 2016

Robert Henrique Santos Sales - UCB roberthenris@gmail.com, Jeane Kelly Silva de Carvalho – UCB jeane.carvalho@ucb.br, Guilherme Máximo Xavier – UCB guimaximo@gmail.com, Ruth Sacco – UCB ruth.sacco1@gmail.com

Palavras-Chave: HBV. Imunização. Estratégia Saúde da Família

INTRODUÇÃO

A hepatite B (HB) é uma doença infecto contagiosa que desencadeia um grave problema de saúde pública no Brasil. Dados apontam que cerca de 5% da população mundial é portadora dessa doença. Estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que o número de portadores de hepatite B e C é dez vezes maior do que o de pessoas contaminadas pelo HIV. Estima-se que aproximadamente 400 milhões de pessoas estão acometidas pelo vírus (VHB) e a maior parte não tem conhecimento do diagnóstico.

No Distrito Federal (DF), foram registrados anos endêmicos e também anos em que a incidência da hepatite esteve em decréscimo de acordo com estatísticas da agência Brasília. No ano de 2009 foram registrados 288 casos de hepatite B em todo o Distrito Federal, em 2010 houve uma queda no número e 180 casos foram registrados, em 2011 esse índice voltou a crescer e chegou a 349 infectados com o vírus da hepatite B.

De acordo com ZATTI C. A. et al. (2013, p. 5) o vírus da hepatite B (VHB) pertence à família da *hepadnaviridae*, um protótipo que tem como hospedeiro natural o ser humano. E sua transmissão se faz geralmente, pelo contato com sangue, sêmen e/ou outros líquidos corporais de uma outra pessoa infectada. A transmissão da hepatite também pode ser via vertical, acontecendo predominantemente durante o parto, por meio de contato com secreções maternas, líquido amniótico ou sangue procedente de uma mãe infectada.

A vacinação é a medida mais eficaz contra a HB, é constituída de antígenos de superfície do vírus B, adquiridos através do processo de DNA-recombinante e afere uma imunidade em cerca de 90% dos adultos. No Brasil, a vacinação contra a hepatite B é distribuída pela rede de atenção básica à saúde e é oferecida a indivíduos com menos de um ano de idade e deve ser tomada em três doses, divididas entre períodos mensais. Além disso, é indicado fazer a soroconversão para

saber se o indivíduo está ou não imune a hepatite B e em caso de falhas da imunização a revacinação é recomendada.

Este estudo tem como objetivo principal avaliar a cobertura da vacinação contra a hepatite B na população do Distrito Federal, entre os anos de 2010 e 2016 e analisar como ela foi realizada nas unidades básicas de saúde (UBS), tendo como foco o programa Saúde da Família, que é um projeto governamental voltado para o primeiro nível de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, será possível avaliar o efeito do modelo de atenção ofertado pelo SUS e ter uma visão sobre a eficácia da cobertura vacinal contra a hepatite B.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo do perfil epidemiológico, no qual foi realizado levantamento na literatura acerca da hepatite B e da cobertura vacinal dessa doença, foram usados dados do SAGE, relacionados aos índices da equipe de Saúde da Família no Distrito Federal, como uma das referências para o desenvolvimento deste estudo.

Os dados da cobertura vacinal contra a hepatite B foram extraídos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), criado em 1991, através do Decreto 100 de 16 de abril do mesmo ano. O DATASUS tem a missão de prover os órgãos do SUS, com sistema de informação e suporte de informática, que são imprescindíveis no processo de planejamento, operação e controle do Sistema Único de Saúde, por meio da manutenção de bases de dados nacionais, apoio e consultoria na implantação de sistemas e coordenação das atividades de informática, essenciais para se obter um funcionamento integrado do âmbito setorial (DATASUS, 2017).

Foi deliberado cobertura vacinal como sendo o percentual da população-alvo que recebeu o total de doses do esquema da vacina contra o VHB. O modo pelo qual a cobertura é calculada, se dá tradicionalmente pelo número de doses aplicadas, dividido pela população alvo. E no caso dos imunobiológicos com múltiplas doses, como é o caso da vacina contra a hepatite B, o cálculo é feito com o número de registro de terceiras doses aplicadas, divididas pela população alvo. O resultado desse cálculo é multiplicado por 100 para indicar o percentual da população vacinada (BUENO, 2011; MATIJASEVICH, 2011).

A cobertura vacinal sempre é expressada em percentual. Por exemplo, se o indicativo for de 91,25, isso quer dizer que 91,25% da população alvo da vacinação foi vacinada, ou seja, recebeu a terceira dose da vacina contra hepatite B. Este é um número relativo. É um indicador de incidência dos vacinados. Se a cobertura for superior a 100%, pode ser que o número do denominador esteja

superestimado, ou há a possibilidade de pessoas que não eram do grupo alvo, terem sido vacinadas (oriundas de outra localidade ou de outra faixa etária não indicada).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A cobertura vacinal no Distrito Federal foi satisfatória. De acordo com levantamentos realizados anualmente, em comparação com outras regiões como Nordeste e Sudeste, que geralmente possuem uma alta endemicidade, o DF apresenta uma baixa prevalência do HBV.

Em se tratando de medidas para controlar o avanço da hepatite B, é possível destacar que, nas últimas décadas, ocorreu o desenvolvimento de medidas para alcançar o controle da estatística de acometidos pela virose no Distrito Federal. Algumas ações foram tomadas para se chegar a um percentual abaixo do de outras regiões brasileiras, como a vacinação oferecida pela rede de atenção básica à saúde e as campanhas de cunho educativo contra as hepatites virais, atitudes que contribuíram para a redução de novos casos de hepatite B.

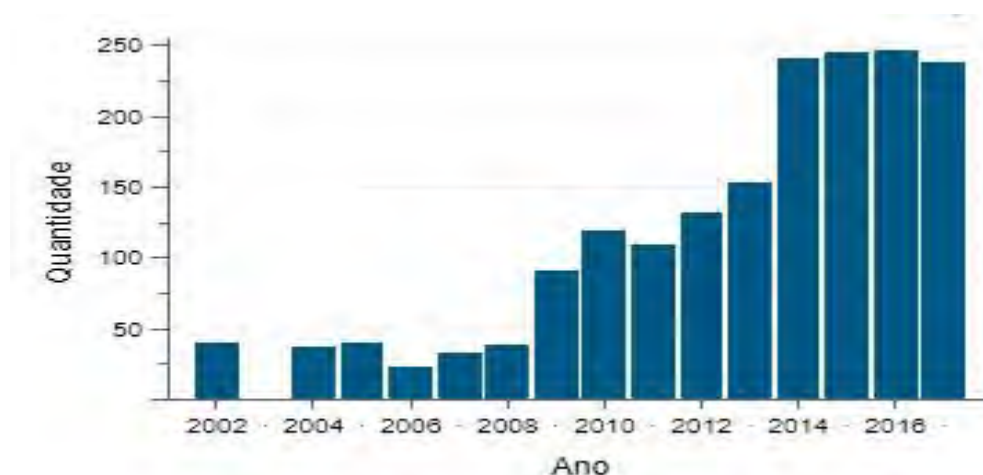
Apesar dos esforços para o controle do VHB, ainda é possível constatar uma elevação no diagnóstico de novos casos a cada levantamento realizado, uma possível justificativa para esse quantitativo, é o fato de que a vacinação deve ser realizada em três etapas e muitas pessoas acabam não cumprindo essa sequência, ocasionando na não imunidade contra o vírus.

O estudo revela uma população de distintas faixas etárias, sendo possível encontrar pessoas entre 15 e 65 anos, com hábitos boêmios e estilos de vidas variados. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Distrito Federal registrou um crescimento populacional no decorrer dos últimos anos.

Um dos fatores que levaram o Distrito Federal a apresentar uma alta demanda da cobertura vacinal no DF contra o HBV foi a viabilização do acesso à saúde básica, que foi feito através do Programa Saúde da Família, que possui caráter humanizador e possibilita o acesso à atenção primária nas unidades básicas de saúde à variados tipos de pessoas de diferentes classes sociais, vale destacar que a vacinação está inserida nesse sistema de saúde como uma atividade da atenção básica.

A Estratégia Saúde da Família foi inserida em um contexto para fortalecer e melhorar a Atenção Básica na esfera do SUS, foi implantada em 1944, através de decisões políticas, com foco na reorganização das práticas assistências, que levaram a criação do Programa Saúde da Família (PSF). Analisando a evolução dessa Estratégia no DF, é possível perceber um crescimento anual do

número de equipes de saúde da família, como podemos verificar nos dados a seguir, retirados da Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (SAGE).



Número de equipes de saúde da família

Fonte: DAB/SAS/MS

Nota-se que o ano de 2016 teve o maior número de equipes na região, tendo 247 equipes de saúde da família. Este número se mostra satisfatório quando comparado aos anos anteriores, em especial ao ano de 2006, que teve o pior índice em relação aos outros anos, contando com 24 equipes. Entretanto, é recomendável analisar de forma qualitativa o desempenho das equipes de saúde da família junto a cobertura vacinal, sendo necessário realizar um estudo mais aprofundado sobre o trabalho realizado.

Conforme dados expostos pelo DATASUS, no ano de 2010 o Distrito Federal apresentou 92,25 do total da cobertura vacinal do Distrito Federal e este indicativo revela uma cobertura próxima da eficácia total da população alvo que deveria ter sido vacinada. Vários fatores podem ter interferido nesse resultado, como a idade exigida pelo governo neste determinado período dos que deveriam vacinar, poucas visitas as UBS, a demanda oferecida pelas entidades governamentais e também a abstenção da população nos centros de vacinação, nas datas e horários estipulados para distribuição da vacina contra o VHB, entre vários outros fatores que podem estar relacionados a este resultado.

A análise da cobertura vacinal para o ano de 2016 foi bastante satisfatória, com número do denominador superestimado, o que demonstra uma cobertura vacinal ampliada aos grupos que não eram alvos da vacinação. O número exato neste período do ano de 2016 foi de

159,70, ou seja, a cobertura vacinal neste período esteve boa, com mais de 100% de cobertura sem limitações a grupos específicos.

Os resultados do ano de 2016 apresentaram uma cobertura bastante satisfatória, analisando os dados expostos para a cobertura vacinal, pode-se notar que o mesmo ano em que a cobertura vacinal contra o HBV esteve com números superestimados com o grupo alvo expandido, houve também um maior número de equipes da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal, o que indica uma relação com eficácia da Atenção Primária nas UBS ofertadas pelo SUS.

Os resultados apresentados nos mostram que a cobertura vacinal contra o VHB é elevada na medida em que cobertura das equipes da ESF no Distrito Federal aumenta, e isso se deve ao seu modelo de Promoção da Saúde interligada a uma determinada população, conhecendo seus problemas com definições precisas do território de atuação dessas equipes, o que facilita a maior difusão de informações para a comunidade e também possibilita a criação de estratégias mais eficazes, usando o diagnóstico situacional da comunidade.

CONCLUSÕES

O presente estudo revelou a abrangência e a extensão da cobertura vacinal contra a hepatite B na população do Distrito Federal, foi detectada uma cobertura alta e eficiente, que mostra resultados positivos quando é desenvolvida concomitantemente com as equipes de Saúde da Família nas UBS em decorrência de todo seu papel social humanitário frente a sociedade usufrutuária do Sistema Único de Saúde. Este trabalho será de grande relevância para os usuários da ESF na região do DF, mostrando a importância desse programa para o acesso ao atendimento e divulgação de orientações a respeito da cobertura vacinal na região, usando como orientação o calendário de vacinação do Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agência Brasília. Disponível em: <http://agenciabrasilia.df.gov.br> Acesso em: 25 de setembro de 2017

Agência Brasil. Empresa Brasil de Comunicação. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-07/adulto-deve-fazer-teste-de-hepatite-c-ao-menos-uma-vez-na-vida-diz>

BUENO, Marcínia Moreno; MATIJASEVICH, Alicia. **Avaliação da cobertura vacinal contra hepatite B nos menores de 20 anos em municípios do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil.** Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, V. 20, N.3, p. 345-354, jul-set 2011

DATASUS. Portal da Saúde. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/datasus> Acesso em: 1 de outubro de 2017

DENIS F. et al. **Elovetion of hepatitis B vaccine coverage rates in France between 2008 and 2011**, Médecine et maladies infectieuses, França, V. 43, p. 272-278, jul 2013

Ministério da Saúde (BR). Guia de vigilância epidemiológica. 7ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

ZATTI C. A. et al. **Hepatite B: Conhecendo a realidade brasileira**, Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR, Brasil, V. 4, p. 05-11, set-nov 2013

TOXOPLASMOSE CONGÊNITA: A IMPORTÂNCIA DO ESCLARECIMENTO NA PREVENÇÃO E NO DIAGNÓSTICO PRECOCE

Gabriela Silva Esper, Universidade Católica de Brasília, gabriela.sesper@gmail.com

Carla Paulinelli Seba, Universidade Católica de Brasília, Paulinelliseba@gmail.com

Letícia Miti Kuwae, Universidade Católica de Brasília, ticia.miti@gmail.com

Noemi Vilela dos Anjos Barbosa Vieira, Universidade Católica de Brasília,
vilelanoemi@gmail.com

Sônia Maria Geraldês, Secretaria de Saúde do DF, soniageraldes@ig.com.br

Introdução

Toxoplasma gondii é um protozoário que infecta vários hospedeiros, incluindo o homem em 1/3 da população mundial. É responsável pela doença Toxoplasmose, a qual possui alta infecciosidade e baixa patogenicidade. Essa doença apresenta grande prevalência e apresenta como vias de contaminação: transmissão fecal-oral (ingestão de água, alimentos ou solo contaminados com oocistos de *Toxoplasma gondii*), o carnivorismo (consumo de carne crua ou mal cozida contaminada com cistos), e a via transplacentária (pela circulação materno-fetal). Sabe-se que as taxas de infecção no Brasil são bem elevadas, sendo a via transplacentária uma das vias de transmissão mais negligenciadas. Essa negligência acontece principalmente em populações carentes, o que pode cursar com consequências irreversíveis e prejudiciais ao feto. Nesse contexto, o presente trabalho dará enfoque à via de transmissão vertical, pois essa pode ser facilmente evitada quando a gestante - consciente da importância de um acompanhamento bem orientado - segue devidamente as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde.

Materiais e Métodos

O estudo foi montado através de uma revisão retrospectiva de literatura bibliográfica a partir de livros técnicos atualizados, bem como artigos científicos coletados das bases SCIELO, LILACS e PubMed, dos últimos 5 anos, com a utilização das palavras chave: "toxoplasmose vertical". "toxoplasma gondii". "soroprevalência em mulheres grávidas". "primo-infecção em gestantes".

Resultados e Discussão

O estudo da prevalência de toxoplasmose em gestantes é de suma importância, uma vez que isso chama a atenção e orienta a conduta dos profissionais de saúde. Quando a mulher não faz o pré-

natal adequado, pode ocorrer a transmissão via transplacentária, o que sentencia o feto à toxoplasmose congênita, ocorrência que poderia ser evitada com o suporte adequado de um pré-natalista.

A transmissão congênita geralmente ocorre na fase aguda do ciclo da gestante vítima de uma primo-infecção, momento em que acontece a passagem da forma taquizoíta do protozoário, o qual se encontrava abundante na circulação materna. Quando o toxoplasma atinge o feto, uma série de sequelas podem ocorrer, sendo elas imediatas ou tardias, a depender do período gestacional. Os danos vão desde manifestações clínicas leves à morte fetal. Em meio as consequências para o feto, encontra-se o acometimento neurológico e a ocorrência de coriorretinite, que podem se manifestar na 2ª ou 3ª décadas de vida.

Já para gestantes, a infecção costuma ser assintomática, havendo manifestações gerais em cerca de 10% dos casos. Devido a inespecificidade dos sintomas, é importante que a gestante procure um bom profissional para orientá-la no pré-natal. O diagnóstico da infecção é obtido através de testes sorológicos que pesquisam os anticorpos contra o *Toxoplasma gondii*. Nos casos de infecção, o teste pode sugerir cronicidade, quando ocorre a presença de anticorpos IgG e ausência de IgM, ou agudização, quando ocorre a presença de anticorpos IgM.

É importante ressaltar que a frequência de transmissão transplacentária e a gravidade da doença no feto correlacionam-se de forma inversa. Assim, destacamos uma baixa taxa de ocorrência de infecção nos primeiros meses da gestação. No entanto, quando essa infecção ocorre, cursa com manifestações graves e o inverso se aplica. Com isso, nota-se a importância de se prevenir a infecção, principalmente no primeiro trimestre da gestação, bem como uma investigação precoce para que as medidas de tratamento sejam tomadas a tempo de se evitar sequelas significativas.

Outro fator importante para discussão é a interferência do nível socioeconômico do país na ocorrência de casos de toxoplasmose congênita. Em populações que sofrem com condições precárias de saneamento básico, encontramos taxas elevadas de soroprevalência. À nível brasileiro, a incidência da toxoplasmose na gestação acusa números importantes, tendo variado de 56,4 a 91,6% entre as mulheres grávidas a depender da região. Segundo uma pesquisa realizada com 2.994 pacientes no Laboratório do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, os níveis mais altos de soroprevalência foram encontrados no Nordeste e no Mato Grosso do Sul e os mais baixos de foram encontrados na região de Santa Catarina.

Conclusões

No Brasil, as doenças infecciosas durante a gravidez são relativamente frequentes, sendo a variabilidade dessa frequência dependente dos padrões culturais da população, de seus hábitos alimentares, da faixa etária e da procedência urbana ou rural dessa. Trata-se, assim, de uma realidade que apresenta desafios à saúde pública no sentido de criar ou reestabelecer estratégias de triagem da doença de modo prático e abrangente, facilitando o manejo clínico das gestantes com o diagnóstico adequado. O alcance desse objetivo irá contribuir para a redução da morbimortalidade materno-fetal e consequente melhora dos indicadores de saúde nesse sentido, reduzindo as ocorrências prejudiciais ao feto que poderiam ser facilmente evitadas, como o caso da toxoplasmose congênita.

As medidas profiláticas para evitá-la incluem a realização de sorologias durante o pré-natal e, uma vez diagnosticada a doença em fase aguda, deve-se submeter a gestante à terapia medicamentosa imediata, reduzindo assim, significativamente a transmissão vertical e efeitos deletérios da doença.

Referências bibliográficas

CÂMARA, Joseneide Teixeira et al. Prevalência de toxoplasmose em gestantes atendidas em dois centros de referência em uma cidade do Nordeste, Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, [s.l.], v. 37, n. 2, p.64-70, fev. 2015.

CANTOS, G. A. et al. Toxoplasmose: ocorrência de anticorpos antitoxoplasma gondii e diagnóstico. *Revista da Associação Médica Brasileira*, [s.l.], v. 46, n. 4, p.335-341, out. 2000.

ENGROFF, Paula et al. Soroepidemiologia de *Toxoplasma gondii* em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 19, n. 8, p.3385-3393, ago. 2014.

INAGAKI, Ana Dorcas de Melo et al. Análise espacial da prevalência de toxoplasmose em gestantes de Aracaju, Sergipe, Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, [s.l.], v. 36, n. 12, p.535-540, dez. 2014.

MAIA, Marcelle Marie Martins et al. Prevalência de infecções congênitas e perinatais em gestantes HIV positivas da região metropolitana de Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, [s.l.], v. 37, n. 9, p.421-427, set. 2015.

MARIANO, Maria Lena Melo; MARIANO, Ana Paula Melo; SILVA, Mylene de Melo. *Manual de parasitologia humana*. 3. ed, rev. e ampl. Ilhéus, Ba: UESC, 2014.

REY, Luís. *Bases da parasitologia médica*. 3. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2015.

TRAUMA RAQUIMEDULAR COMPLICADO COM ESPASTICIDADE: RELATO DE CASO.

Lucas Avelino Gomes de Oliveira, Pontifícia Universidade Católica de Goiás,

lucasavelino579@hotmail.com

Carolina Rassi da Cruz, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, carolinarassicruz@gmail.com

Paula Hollanda de Araújo, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, pha93@hotmail.com

Gabriel Fonseca de Oliveira Costa, Pontifícia Universidade Católica de Goiás,

gabriel foc93@gmail.com

Giselle Miranda Vinhadelli, Universidade Católica de Brasília, gisellevinhadelli@hotmail.com

Descritores: Traumatismos da Medula Espinal; Medula Espinal; Baclofeno; Tetraplegia

Introdução:

O trauma raquimedular é a lesão, por causa externa, de qualquer componente da coluna vertebral. O mecanismo básico da lesão é a fratura, associada ou não com luxação. Sua incidência no mundo é estimada em 179.312 casos por ano, não havendo dados definidos no Brasil. Predomina no sexo masculino na proporção de 4:1, com pico de incidência em adultos jovens entre os 15 e 40 anos.

É um evento súbito e inesperado de múltiplas etiologias, sendo as principais: acidentes automobilísticos, queda de altura, acidente por mergulho em água rasa e lesão por projétil de arma de fogo. Possui um amplo espectro clínico, geralmente levando a alteração ou perda da função motora e/ou sensitiva de um ou mais segmentos. Pode acarretar em diversas síndromes como síndrome de Brown-Sequard, paraplegia, tetraparesia associadas ou não a espasticidade. Atualmente não há tratamento que leve à cura, geralmente a cirurgia visa evitar lesões adicionais da medula espinhal e favorecer a reabilitação do paciente.

Material e Métodos:

Relato de caso de um paciente com espasticidade grave após trauma raquimedular, refratária ao tratamento clínico, em tratamento com bomba de infusão intratecal de baclofeno em acompanhamento no Instituto de Neurologia de Goiânia, localizado em, Goiânia – GO. Foi realizada a revisão do prontuário e entrevista com o paciente para coleta de dados.

Resultados e Discussão:

RNMP, sexo masculino, 23 anos, deu entrada no pronto socorro em fevereiro de 2012 após lesão por projétil de arma de fogo (PAF) em região escapular. Foi constatado trauma raquimedular no qual os segmentos C5 e C6 foram lesados levando a tetraparesia espástica. Iniciou o uso de cadeira de rodas. Evoluiu com espasticidade importante dos músculos adutores do quadril e úlceras por pressão. Clinicamente apresentava dor de leve intensidade, redução da mobilidade, limitação de movimentos, espasmos espontâneos e induzidos e quedas diárias ao tentar se transferir ou mudar de decúbito. Humor hipotímico durante o período.

O paciente foi avaliado pela escala de Ashworth modificada (EAM) e apresentou hipertonia espástica de grau 3. Tornou-se dependente da ajuda dos familiares para realizar suas atividades diárias, como higiene pessoal e alimentação.

Tanto a terapia com medicação oral (baclofeno) como as injeções de toxina botulínica A e tratamento cirúrgico com neurólise por fenol, não surtiram o efeito terapêutico desejado.

O paciente realizou o teste de triagem positivo para tratamento com baclofeno intratecal e em janeiro de 2013, foi realizado o implante da bomba de infusão intratecal. Após um ano de tratamento, houve redução no grau da EAM de 3 para 1. Relatou que sua qualidade vida melhorou substancialmente, houve redução do tempo semanal necessário para a terapia de reabilitação e maior independência dos cuidadores. Não apresentou mais quedas e contraturas. Apresentou melhora do humor. Relatou que a espasticidade que ainda ocorre o ajuda na melhora postural e facilita as trocas de decúbito e transferências dificultadas pela tetraparesia.

Conclusões:

O trauma raquimedular é um distúrbio prevalente na população, que pode levar a perda da capacidade funcional e queda drástica na qualidade de vida do paciente. Não há tratamento que restaure as funções da medula lesada, mas devido as características de sua etiologia, a lesão pode ser evitada através da prevenção primaria.

A espasticidade é uma complicação em cerca de 60-78% dos casos de trauma raquimedular. Apesar de ser uma complicação de difícil manejo, ela pode contribuir para melhora postural e facilitação de transferências quando está associada a paraplegia ou tetraplegia, como no caso relatado. Sendo assim, é uma situação a ser manejada em casos específicos, e não totalmente eliminada.

Referências:

- 1) SOUSA, E. P. D.; ARAUJO, O. F.; SOUSA, M.L.C; MUNIZ, M. V.; OLIVEIRA, R.I.; FREIRE NETO, N. G. **Principais complicações do Traumatismo Raquimedular nos pacientes internados na unidade de neurocirurgia do Hospital de Base do Distrito Federal**, v. 24, p. 321-330, 2014.
- 2) Rieder MDM. **Trauma raquimedular: aspectos epidemiológicos, de recuperação funcional e de Biologia Molecular** [Tese - Doutorado]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014
- 3) VERONEZI, RJB: **Estudo epidemiológico do trauma raquimedular em Goiânia/GO** [Tese - Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2016.

ÚLCERA CRÔNICA EM DIABÉTICOS: FISIOPATOLOGIA, MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E TRATAMENTO.

Laura de Lima Crivellaro, UCB, crivellarolimalaura@gmail.com

Kétuny da silva Oliveira, UCB, ketunyoliveira@gmail.com

Pedro Henrique Nunes Araujo, UCB, ph_henriquearaujo@hotmail.com

Marina Ferreira da silva, UCB, marinaferreirauffs@gmail.com

Clayton Franco Moraes, UCB, claytonf@ucb.br

Palavras chave: Comorbidades do diabetes. Qualidade de vida. Antimicrobianos

Introdução

O DM é caracterizado pela hiperglicemia continuada em virtude da deficiência quantitativa ou resistência à insulina. Configura-se como um dos agravos crônicos não transmissíveis mais prevalentes e apresenta como complicação o desenvolvimento de úlceras crônicas, as quais predominam nos membros inferiores e pés.

Material e métodos

Foram pesquisados artigos de 2013 a 2016 nas bases de dados SciELO, PubMed e Google Acadêmico com os descritores: “comorbidades do diabetes”, “qualidade de vida” e “antimicrobianos”.

Resultados e discussão

O pé diabético alberga caráter multifacetado, uma vez que as lesões são desencadeadas pela tríade: comprometimento vascular periférico, neuropatia e infecção, podendo culminar em gangrena e amputação. A neuropatia diabética é concretizada por degeneração progressiva dos axônios das fibras nervosas nos nervos periféricos sensório-motores, autônomos e espinhais, cursando com parestesia, disestesia, déficit na sensibilidade térmica e dolorosa nos membros inferiores. Concomitantemente, ocorre doença arterial periférica com perfusão tecidual inadequada em função de oclusão ou estreitamento de artérias, cuja aterosclerose é o principal fator etiológico. Eleva-se, assim, a pré-disposição a infecções oportunistas, causadas por microrganismos gram positivos e gram negativos, os quais se proliferam rapidamente devido à isquemia tecidual e imunidade deficiente. Além disso, a utilização de calçados inapropriados, dermatoses e falta de higiene

também apresentam-se como importantes fatores no desenvolvimento de úlceras crônicas em virtude da ocorrência de pequenos traumas.

As úlceras diabéticas neuropáticas albergam o mal perfurante plantar desencadeado a partir dos pontos de pressão, que associado à redução da sensibilidade protetora, culmina na formação de uma calosidade traumática. Além disso, a neuropatia também pode induzir modificações no padrão de marcha, favorecendo traumas. A cronicidade da ferida pode decorrer da diminuição da acuidade visual devido retinopatia diabética, associada à ausência de cuidados gerais do paciente pelo fato da lesão ser indolor.

Dessa forma, 40 a 80% das úlceras tendem a progredir para infecção que em geral é polimicrobiana, incluindo bactérias gram positivas e gram negativas. A infecção da face dorsal cursa com celulite, geralmente exuberante e contígua, devido à ausência das bainhas tendinosas dos extensores na sua porção inicial. Na face plantar a sintomatologia se inicia com dor mediante compressão digital, no entanto em repouso o quadro é indolor, posteriormente, ocorre eritema que evolui para uma flictena que encobre placa de necrose cutânea de extensão superior. Nas úlceras do bordo interno e hálux, a infecção propaga-se para a loca interna, consoante a bainha do flexor do primeiro dedo ou do tendão do adutor. Após a consolidação da lesão, o processo cicatricial perdura de forma lenta, impactando a qualidade de vida do paciente.

O tratamento destes doentes assenta em três vertentes: intervenção cirúrgica, antibiótico terapia e curativo local. A abordagem cirúrgica se procede nos casos de infecção e consiste na drenagem da celulite, seguida por exame bacteriológico e teste de sensibilidade a antimicrobianos. A antibioticoterapia é de amplo espectro e deve-se considerar duração prévia da úlcera, tratamentos antimicrobianos anteriores e presença de episódio de infecção por *Staphylococcus aureus* resistente à metilicina (MRSA). Em relação aos curativos alguns princípios básicos precisam ser seguidos, assim o curativo não deve ser compressivo em virtude do potencial isquêmico. Além disso, o processo cicatricial é melhorado em meio úmido, justificando o estabelecimento de acesso venoso, que juntamente com sistemas de pressão local (vacuoterapia) favorecem a regeneração. A oxigenoterapia hiperbárica também pode ser utilizada e consiste na administração de uma fração de oxigênio puro ou a 100% em ambiente com uma pressão superior à atmosférica. Essa estratégia terapêutica promove redução da hipóxia tecidual, aumento da perfusão, redução do edema, decréscimo de citocinas inflamatórias, proliferação de fibroblastos e angiogênese.

A profilaxia demanda atenção dos profissionais de saúde e pacientes que devem avaliar os pés de forma mais sistemática, paralelamente ao controle adequado metabólico.

Conclusões

O tratamento com caráter multifacetado, albergando intervenção cirúrgica, curativo com sistema de pressão local e antibiótico terapia de amplo espectro determina uma cicatrização mais rápida da úlcera, além disso a equipe de saúde deve esclarecer ao paciente todos os riscos envolvidos a essa afecção. Logo, ao praticar o autocuidado, a pessoa com diabetes ganha autonomia sobre sua saúde, pois através do conhecimento irá desenvolver atividades diárias que a beneficiará. Assim, com atitudes simples como inspecionar os pés, ter cuidado com os ferimentos, iniciar reeducação alimentar, a pessoa minimizará os riscos de possíveis complicações à sua saúde.

Referências bibliográficas:

- BOELL, Julia Estela Willrich; RIBEIRO, Renata Mafra; DA SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira. Fatores de risco para o desencadeamento do pé diabético. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 386-93, 2014.
- BRAGA, Denis Conci et al. Avaliação de neuropatia e complicações vasculares em pacientes com diabetes mellitus em um município rural de Santa Catarina. **Revista da AMRIGS, Porto Alegre**, v. 59, n. 2, p. 78-83, 2015.
- DIAS, Rafael José Soares; CARNEIRO, Armando Pereira. Neuropatia diabética: fisiopatologia, clínica e eletroneuromiografia. **Acta Fisiátrica**, v. 7, n. 1, p. 35-44, 2016.
- GODEIRO TARGINO, Iluska et al. Factors related to the development of ulcers in patients with Diabetes Mellitus. **Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental**, v. 8, n. 4, 2016.
- MEDEIROS, Maria Vitoria Souza et al. Perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes com risco para pé diabético. **Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963**, v. 10, n. 6, p. 2018-2028, 2016.
- NEVES, José et al. O pé diabético com infecção aguda: tratamento no Serviço de Urgência em Portugal. **Revista Portuguesa de Cirurgia**, n. 27, p. 19-36, 2013.

USO DA KETAMINA NO MANEJO EMERGENCIAL DE IDEAÇÃO SUICIDA

Arthur Ney Alves Donato¹, Gabriel Veloso Cunha¹, Paulo Renato Rodrigues Miranda¹, Pedro Henrique Matias Peres¹, Daniele Oliveira Ferreira da Silva²

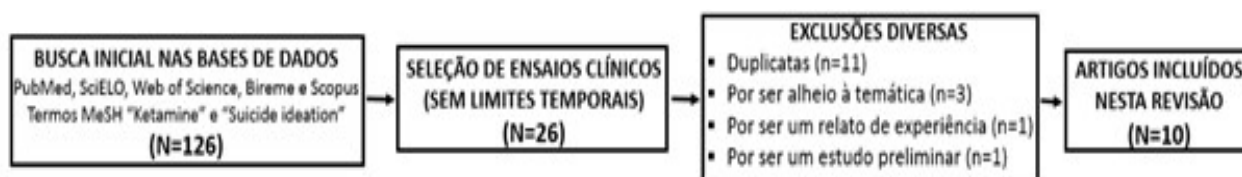
1. Estudante de Graduação em Medicina. Escola de Saúde e Medicina da Universidade Católica de Brasília. Brasília-DF, Brasil.
2. Médica Psiquiatra da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Docente do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília. Brasília-DF, Brasil.

Palavras chave: Tratamento farmacológico. Suicídio. Depressão. NDMA. Emergência psiquiátrica.

INTRODUÇÃO

A ideação suicida é a emergência psiquiátrica mais frequentemente encontrada no contexto hospitalar, demandando intervenção imediata. Entretanto, devido à complexa interação entre seus fatores de risco, desconforto do paciente em abordar a temática, individualidade clínica dos episódios e déficit de intervenções farmacológicas eficazes, são escassos os protocolos que forneçam algoritmos para o manejo da ideação suicida. Intervenções terapêuticas para o manejo de episódios de ideação suicida incluem medidas não-farmacológicas como a psicoterapia, apesar de terem sua eficácia questionada por publicações recentes. A Ketamina é um antagonista não-competitivo de receptores NDMA reconhecido pela sua capacidade anestésica mediada pela dissociação eletrofisiológica entre vias talamoneocorticais e o sistema límbico, bem como suas importantes características analgésicas em doses subanestésicas. A efetividade do uso de Ketamina no manejo de ideação suicida tem sido demonstrada na literatura nos últimos anos, de forma que os índices nos scores demonstraram benefícios no Transtorno Depressivo Maior, resistente ou não à terapêutica convencional, e no Transtorno Depressivo Bipolar.

MATERIAL E MÉTODOS



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dez ensaios clínicos incluídos nesta revisão analisaram um total de 377 pacientes, homens e mulheres, com idade entre 16 e 80 anos, com ou sem o diagnóstico prévio de transtorno depressivo maior. Foram escolhidos para compor o resumo os estudos que apresentavam maior amostra. Entre os estudos que compõe o trabalho, o de maior amostra Ballard et al. (2014), randomizaram 133 pacientes com depressão resistente ou transtorno bipolar a usar ketamina (0.5 mg/kg EV) em infusão por 40 minutos. Os pacientes foram avaliados 60 minutos antes da infusão, 40, 80, 120 e 230 minutos e 1, 2 e 3 dias após a infusão. Feito isso, chegaram aos resultados de que houve melhora na ideação suicida, depressão e ansiedade.

Em outra análise, a de Price et al. (2014), foram randomizados 57 pacientes com depressão resistente a usarem ketamina (0.5 mg/kg) ou midazolam (0.045 mg/kg) em infusão por 40 minutos. Dos pacientes tratados com ketamina, 53% obtiveram zero nas três medidas de suicídio após 24 horas da infusão, em comparação com 24% do grupo midazolam ($P = 0,03$). Os pacientes que possuíam maiores escores, foram os que apresentaram maiores quedas nos valores das escalas após o uso da ketamina. Além disso, 86,1% dos pacientes tratados com ketamina obtiveram pontuação inferior a 4 às 24 horas comparado a 61,9% do grupo midazolam para o mesmo horário.

A partir análise dos estudos avaliados, pode-se inferir que a Ketamina não somente possui efeito sobre a ideação suicida, como também é uma estratégia eficaz no manejo de quadros emergenciais devido ao seu baixo tempo de início de ação, que oscilou em torno de 44 minutos nos estudos apreciados nesta revisão. A redução nos escores de ideação suicida induzida pela Ketamina não necessariamente esteve associada a redução nos índices de depressão, nos estudos que mensuraram e compararam ambas as variáveis. Tal achado demonstra que a sua ação de antagonismo de receptores NMDA não necessariamente reduz o conhecido fator de risco, mas sim apresentando ação direta na ideação suicida.

CONCLUSÃO

A ideação suicida é a causa mais frequente de emergência psiquiátrica e seu manejo adequado se faz estritamente necessário. Diante disso, a Ketamina se mostrou como um fármaco de ação rápida

na ideação suicida, bem como de efeitos adversos leves e autolimitados. Tendo em vista a escassez e até mesmo ineficácia dos tratamentos atuais, o uso de dose única de 0.5mg/kg de Ketamina deve ser considerado no manejo dessa emergência psiquiátrica.

REFERÊNCIAS

- BALLARD, E. D. et al. Improvement in suicidal ideation after ketamine infusion: Relationship to reductions in depression and anxiety. *Journal of Psychiatric Research*, v. 58, p. 161–166, 2014.
- BURGER, J. et al. A Double-Blinded, Randomized, Placebo-Controlled Sub-Dissociative Dose Ketamine Pilot Study in the Treatment of Acute Depression and Suicidality in a Military Emergency Department Setting. *Military Medicine*, v. 181, n. 10, p. 1195–1199, 2016.
- CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Ten Leading Causes of Death by Age Group, United States - 2014.
- FOND, G. et al. Ketamine administration in depressive disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychopharmacology*, v. 231, n. 18, p. 3663–3676, 2014.
- MALLICK, F.; MCCULLUMSMITH, C. B. Ketamine for Treatment of Suicidal Ideation and Reduction of Risk for Suicidal Behavior. *Current Psychiatry Reports*, v. 18, n. 6, p. 1–14, 2016.
- MURROUGH, J. W. et al. Ketamine for rapid reduction of suicidal ideation: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, v. ePub, n. ePub, p. ePub-ePub, 2015.
- PRICE, R. B. et al. Effects of Ketamine on Explicit and Implicit Suicidal Cognition: a Randomized Controlled Trial in Treatment-Resistant Depression. *Depression and anxiety*, v. 31, n. 4, p. 335–343, 2014.
- REINSTATLER, L.; YOUSSEF, N. A. Ketamine as a potential treatment for suicidal ideation: a systematic review of the literature. *Drugs in R&D*, v. 15, n. 1, p. 37–43, 2015.

VIOLÊNCIA SEXUAL E TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS TRAUMÁTICO: UMA ASSOCIAÇÃO SEMPRE A SER PENSADA.

Brenda de Castro Canedo, UCB, canedo.brenda@outlook.com

Heloisa Yukie Arake Shiratori, UCB, heloyukie@gmail.com

Tainá Alves Martins Cordeiro, UCB, taina.amc@hotmail.com

Vitória Vasconcelos de Lara Resende, UCB, vlararesende@gmail.com

Tatiana Fonseca da Silva, docente UCB, tatiana_fonseca@icloud.com

Introdução:

A violência sexual (VS) representa um sério problema de saúde pública, tendo em vista o grande impacto físico e emocional para aqueles que a ela são expostos e sua prevalência, cada vez mais elevada.

A Academia Americana de Pediatria considera que ocorre abuso sexual quando uma criança é envolvida em “atividades sexuais que não é capaz de compreender, para as quais não está preparada em termos de desenvolvimento e não pode dar consentimento, e/ou que violam as leis ou tabus da sociedade”. O abuso sexual pode causar transtornos psíquicos que vão além daqueles causados pelo fato em si.

O Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é evidenciado após a pessoa vivenciar, testemunhar ou ter sido confrontada com um ou mais eventos traumáticos, aos quais a vítima reage com intenso conteúdo emocional, relacionado a dor, pavor, medo e terror.

Objetivo:

Este trabalho visa relatar o TEPT em adolescente vítima de VS associada a depressão e tentativa de auto extermínio.

Relato de caso:

SAS, 16 anos, em acompanhamento psicológico, há 01 ano, devido violência sexual praticada pelo avô. Foi encaminhada ao ambulatório de adolescência por tentativa de auto extermínio.

SAS relata que, há 1 ano, em uma reunião de família, o avô tentou tirar sua roupa e acariciou seu corpo; desde então, vem apresentando pesadelos frequentes, medo do agressor, de qualquer pessoa do sexo masculino e evitando o local do evento.

Há 03 meses, não frequenta atividades escolares e teme repetir de série devido à faltas e aproveitamento.

Mora com mãe, que tem diagnóstico de esquizofrenia e já necessitou de 22 internações em hospital psiquiátrico.

Há 04 meses, não está conseguindo se alimentar, não dorme bem durante à noite e, quando consegue, tem pesadelos de que alguém a persegue. Não possui vontade de sair e conversar com amigos, com os quais, não estabelece mais contato.

Há 01 mês, afirma ideações suicidas e acredita que seria uma boa solução para sua vida. Há 02 semanas, ingeriu 16 comprimidos do remédio utilizado pela mãe, não sabendo referir qual, sendo levada para Unidade de Pronto Atendimento para lavagem gástrica.

Diante do relato, as principais hipóteses diagnósticas foram TEPT e transtorno do humor (depressão). A conduta médica incluiu a prescrição de antidepressivo. Paciente retornou, após 02 meses de tratamento, referindo que a ideação suicida não estava mais presente, que retomou as atividades escolares e que está trabalhando como menor aprendiz.

Discussão:

A adolescente, exposta no relato, sofreu o evento de VS e apresentou os sinais e sintomas presentes nos critérios diagnósticos da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-5): o evitamento, as alterações negativas de humor e cognição. Além do TEPT, observou-se o um humor depressivo devido ao sentimento de tristeza, fuga da interação social e ideação suicida. A terapêutica, seja ela medicamentosa e/ou psicológica, é fundamental e deve ser iniciada previamente.

Conclusão:

Crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual podem desenvolver severas sequelas emocionais e o TEPT é o quadro psicopatológico mais associado a VS. O diagnóstico precoce é extremamente importante para evitar danos, bem como, fazer prevenção de futuras violações. Na suspeita de VS, a notificação do caso é fundamental para uma melhor investigação e assistência à vítima.

Palavras chaves: TEPT, violência sexual, depressão.

Referências Bibliográficas:

1. AAP (American Academy of Pediatrics), 1999. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. Pediatrics, 103 (1): 186-191.

2. ARAÚJO, Álvaro Cabral; LOTUFO NETO, Francisco. A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM - 5. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, v. 85, n. 46, p.99-116, 2013.
3. 1ª VARA DA INFÂNCIA E DA JUVENTUDE DO DISTRITO FEDERAL. Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes, Brasília.

A INFLUÊNCIA DOS CONTRACEPTIVOS NO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Isadora Rosa Francisco Silva, Universidade Católica de Brasília, isadorarosafs@gmail.com

Beatriz de Almeida Barroso, Universidade Católica de Brasília,

Beatriz28091999@hotmail.com

Camila Campos Aquino, Universidade Católica de Brasília, camilacamposaquino@hotmail.com

Juliana Faleiro Pires, Universidade Católica de Brasília, julianafaleirop@hotmail.com

Thalita Ramos Ribeiro, professora do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília,

thalitarr@gmail.com

Palavras-chave: Contracepção. Saúde reprodutiva. Gestação indesejada.

Introdução:

O planejamento familiar é um tema bastante discutido, por anos, em diversas áreas do conhecimento como economia, política e saúde (SANTOS, 2009). Porém, ganhou mais importância a partir da década de 80, quando a mulher passou a ter um maior domínio sobre sua sexualidade após a disseminação do conhecimento sobre os métodos contraceptivos. Dessa forma, faz-se válido analisar o imenso impacto que estes métodos trouxeram para o planejamento familiar.

Materiais e Métodos:

Trata-se de uma revisão de literatura baseada em artigos contidos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), publicados nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa e nos anos de 2009 a 2017, com os seguintes descritores: “contraception”, “contraceptive”, “family planning”.

Resultados e discussão:

Segundo o Ministério da Saúde, o planejamento familiar e a decisão de ter ou não um filho são direitos de todos, o que é corroborado pela lei Nº 9.263, em que é dever do Estado oferecer “ações preventivas e educativas, métodos e técnicas para a regulação da fecundidade” (BRASIL, 1996). Com a disseminação dos diversos métodos contraceptivos, como DIU e minipílula, a mulher tem um maior controle sobre sua fecundidade e evita gestações indesejadas, tendo filhos de acordo com sua condição econômica e evitando a criação destes com necessidades básicas não atendidas (SILVA, 2011). Tal autonomia também é comprovada pela American Community Survey: mais da

metade das mulheres de baixa renda não engravidam de forma indesejada com o advento dos contraceptivos em suas vidas. Fatores econômicos e sociais influenciam o planejamento familiar e os programas de saúde reprodutiva são importantes na escolha da contracepção mais apropriada de acordo com as condições da usuária.

Conclusão:

O acesso à contracepção é um direito da mulher e o planejamento familiar tem um papel importante na vida da mesma, pois permite escolher o momento e o cenário ideais para uma gravidez. Ressalta-se também a importância de se planejar o momento oportuno para gerar um filho e criá-lo em boas condições sociais, o que é benéfico tanto para os pais quanto para criança. Isso não seria possível sem os métodos contraceptivos e a instrução das mulheres acerca da contracepção e do planejamento familiar.

Referências:

- AUGUST, Euna M. et al. Projecting the Unmet Need and Costs for Contraception Services After the Affordable Care Act. **American Journal Of Public Health**, [s.l.], v. 106, n. 2, p.334-341, fev. 2016. American Public Health Association. <http://dx.doi.org/10.2105/ajph.2015.302928>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4985850/?tool=pubmed>
- BRASIL. Constituição (1996). Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. **Planejamento Familiar**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm>. Acesso em: 16 set. 2017.
- COSTA, Alcione et al. HISTÓRIA DO PLANEJAMENTO FAMILIAR E SUA RELAÇÃO COM OS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 37, n. 1, p.74-86, jan. 2013. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2013/v37n1/a3821.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2017.
- MONIZ, Michelle H. et al. Performance Measures for Contraceptive Care. **Obstetrics & Gynecology**, [s.l.], p.1-15, out. 2017. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/aog.0000000000002314>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29016515>
- SANTOS, Júlio César dos; FREITAS, Patrícia Martins de. **Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento**. 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/630/63018467017/>>. Acesso em: 2 set. 2017.

SILVA, Raimunda Magalhães da et al. Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. **Ciências e Saúde Coletiva**, Fortaleza, v. 16, n. 5, p.2415-2424, ?, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a10v16n5>>. Acesso em: 16 set. 2017.

THUMMALACHETTY, Nityanjali et al. Contraceptive knowledge, perceptions, and concerns among men in Uganda. **Bmc Public Health**, [s.l.], v. 17, n. 1, p.1-15, 10 out. 2017. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-017-4815-5>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29017539>>. Acesso em: 16 set. 2017.

WULIFAN, Joseph K. et al. A scoping review on determinants of unmet need for family planning among women of reproductive age in low and middle income countries. **Bmc Women's Health**, [s.l.], v. 16, n. 1, p.1-15, dez. 2015. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/s12905-015-0281-3>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4714507/?tool=pubmed>>. Acesso em: 16 set. 2017.

ANÁLISE DE ROTULAGEM DE ALIMENTOS VOLTADOS AO PÚBLICO INFANTIL: SERIAM ESTES ALIMENTOS REALMENTE NUTRITIVOS?

Isabela Couto Sulzbach, Discente do curso de Nutrição.

Fernanda Lima Avena Costa Docente dos cursos de Gastronomia e Nutrição

Introdução: Os hábitos alimentares têm mudado com o decorrer dos anos, a globalização, a inserção da mulher no mercado de trabalho, as rotinas de trabalho cada vez mais pesadas e a falta de tempo para a realização das demais atividades, associadas à praticidade proporcionada pelas indústrias alimentícias e ao marketing promovido pelas mesmas, tornam cada vez maior o consumo de alimentos processados e ultraprocessados pela população. Alimentos processados e ultraprocessados, consumidos à longo prazo, podem causar consequências, tais como sobrepeso, obesidade e o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis (DNCT). Sendo assim, a introdução desses alimentos na infância pode trazer prejuízos na adolescência e na vida adulta. Na tentativa de minimizar danos na saúde de seus filhos, ao adquirirem estes alimentos, os pais optam por fazer substituições que consideram saudáveis, dentre elas, substituem refrigerantes por sucos, empanados de frango tradicionais por aqueles com adição de hortaliças ou grãos de fibras, achocolatados por vitamina de frutas, dentre outros. Seriam estas substituições realmente benéficas? Estariam os pais colaborando com a saúde de seus filhos? Portanto, o objetivo deste trabalho foi realizar uma análise comparativa entre rótulos de alimentos industrializados destinados ao público infantil comercializados em hipermercado do Distrito Federal.

Método: Foi realizada uma pesquisa em supermercados da cidade de Brasília, no Distrito Federal, com o objetivo de comparar rótulos de embalagens de produtos destinados ao público infantil, utilizados principalmente nas lancheiras de merenda escolar, onde foram identificados dez principais produtos dos disponíveis no mercado, sendo eles: suco com sabor artificial de morango, refrigerante de cola, batata frita ondulada com sabor artificial de churrasco, snack de trigo tipo biscoito com sabor artificial de tomate temperado, biscoito com sabor artificial de chocolate recheado com baunilha, biscoito salgado integral, bebida láctea UHT com sabor artificial de chocolate, bebida láctea UHT com polpa de mamão, banana e maçã, Queijo Petit Suíse com sabor artificial de morango, Iogurte com preparado de fruta com sabor artificial de morango. Os dez produtos diferentes foram divididos em cinco tabelas, de acordo com os grupos comparados e

classificados em “Saudável” e “Dito Saudável”, foram comparados: valor energético, gorduras totais, sódio e, em alguns casos, carboidratos.

Resultados: Dentre os dez alimentos comparados, todos os alimentos classificados como “dito saudável”, apresentaram valores de calorias, gorduras totais, sódio e em alguns casos, carboidratos maiores do que nos alimentos classificados como “não saudáveis“, sendo assim, obtivemos o resultado de que nenhuma das substituições seria realmente benéfica ao consumidor.

Conclusão: Observou-se que nem sempre os alimentos são o que aparentam ser, muitas vezes, os pais procuram realizar substituições acreditando estarem fazendo o melhor aos seus filhos, mas, na realidade, não existe real benefício. Uma alimentação realmente benéfica, é aquela rica em frutas, hortaliças, carnes, cereais e leite e derivados e, principalmente, pobre em alimentos industrializados, uma vez que, dieta rica em alimentos ultraprocessados oferece, elevada quantidade de gorduras e açúcares e quantidade insuficiente de fibras, vitaminas e minerais.

INDICAÇÃO DE IMPLANTES DE CDI NA CARDIOPATIA CHAGÁSICA

Tainá Alves Martins Cordeiro; Universidade Católica de Brasília, taina.amc@hotmail.com

Brenda de Castro Canedo; Universidade Católica de Brasília canedo.brenda@outlook.com

Vitória Vasconcelos de Lara Resende; Universidade Católica de Brasília vlararesende@gmail.com

Heloisa Yukie Arake Shiratori, Universidade Católica de Brasília, heloyukie@hotmail.com

Ana Cláudia Cavalcante Nogueira, Universidade Católica de Brasília,

nogueira.anaclaudia@gmail.com

Introdução:

Doença de Chagas ainda é um problema de saúde pública no Brasil, pois, mesmo que a presença do vetor esteja reduzida, ainda há dificuldade de tratamento dos pacientes contaminados no passado. Em cardiopatia avançada, a morte súbita arritmica é a principal causa de morte e pode ser a manifestação inicial ou terminal da doença; isso é devido à perda de ação parassimpática cardíaca, presença de zonas fibróticas e inflamatórias, formação de extrassístoles ventriculares e de anticorpos beta-adrenérgicos. A morte súbita cardíaca (MSC) corresponde a 50% da mortalidade em cardiopatia, sendo que 95% das MSC são arritmogênicas. Dessa forma, o cardioversor desfibrilador implantável é efetivo na prevenção primária desse evento, reduzindo em 30% a mortalidade arritmica, independente do tipo de cardiopatia. Em pacientes que já tiveram taquicardia ventricular (TV), o risco de recorrência de taquiarritmia fatal é de 10%, e o CDI é a melhor escolha para prevenção secundária de MSC em cardiopatia estrutural; uma vez que a sobrevida é de 89% nos pacientes com TV, instabilidade hemodinâmica e FEVE<40%.

Objetivo: este trabalho visa elucidar por meio de um relato de caso as indicações de implante de cardioversor desfibrilador implantável (CDI) em pacientes com cardiopatia chagásica.

Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 61 anos, negra, natural e procedente de Corrente-PI, portadora de HAS e miocardiopatia chagásica com aneurisma apical em ventrículo esquerdo e fração de ejeção de 42%, em uso de Amiodarona, Olmesartana, Carvedilol e Ribaroxabana. Apresentou palpitações associadas a sudorese e tonturas, seguido de síncope, sendo submetida a cardioversão elétrica. O eletrocardiograma evidenciou taquicardia ventricular monomórfica. Exames laboratoriais normais. Encaminhada para o Hospital de Base do Distrito Federal para implante de cardioversor desfibrilador implantável.

Discussão: A cardiomiopatia chagásica crônica pode apresentar anormalidades de mobilidade parietal, caracterizadas como hipocinesia e aneurisma apical; sendo este último um achado clássico.

Associados a se esse quadro soma-se transtornos de contratilidade, de condução intraventricular e atrioventricular e arritmias ventriculares, causas frequentes de morte súbita cardíaca. O CDI é a alternativa terapêutica mais eficiente para interromper taquicardias ventriculares (TV) sustentadas e fibrilações ventriculares (FV). Existem 3 classes de indicações para CDI, sendo que a paciente relatada se encontra na classe I devido os seguintes critérios: TV sustentada espontânea, mal tolerada, sem alternativa terapêutica eficaz; e síncope de origem indeterminada, com indução no estudo eletrofisiológico (EEF) de FV ou TV sustentada com comprometimento hemodinâmico significativo, quando a terapia farmacológica é ineficaz, mal tolerada ou inconveniente.

Conclusão: Estudos comprovam que o prognóstico desse procedimento em TV de etiologia chagásica gera benefícios proporcionais à gravidade da cardiopatia, em comparação ao tratamento antiarrítmico.

A EQUIPE INTERDISCIPLINAR E SUA ATUAÇÃO NA AVALIAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Luciene Lourenço Mota

Lêda Gonçalves de Freitas

Palavras-chave: Diagnóstico. deficiência intelectual. interdisciplinaridade. multidimensionalidade.

Introdução: A deficiência intelectual (DI) apresenta limitações no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo. A avaliação da pessoa com DI é um processo complexo e requer a consideração de vários fatores e a participação de diversos atores. Este estudo teve como objetivo: conhecer o trabalho de investigação e conclusão do diagnóstico de DI realizado por uma equipe interdisciplinar a partir da utilização de um modelo multidimensional.

Materiais e Métodos: Trata-se de um recorte de dissertação apresentada em 2014 junto ao Mestrado de Psicologia da Universidade Católica de Brasília. Optou-se por um estudo exploratório, cujo os participantes foram sete profissionais (psicólogo, psicopedagogo, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e enfermeiro), membros de uma equipe avaliadora da pessoa com DI de uma instituição de referência, na cidade de Unaí, Minas Gerais. Para a construção dos dados, utilizou-se a abordagem qualitativa, com a aplicação de entrevista semiestruturada aos participantes, cujos resultados foram posteriormente organizados em categorias de significado.

Discussão dos Resultados: A equipe estudada utiliza as orientações propostas em modelo multidimensional ao realizar a investigação da DI. Essa equipe sistematizou o processo de avaliação, elaborando instrumentos interdisciplinares articulados entre si e que buscam descrever o funcionamento humano em cinco dimensões, fornecendo subsídios necessários para a conclusão do diagnóstico. Investigado deste modo, o diagnóstico possibilita a descrição dos pontos fortes e das limitações da pessoa, bem como o planejamento de apoios a serem ofertados ao indivíduo visando à sua melhor funcionalidade. O diagnóstico da DI é o ponto de partida para o trabalho interventivo, por isso, é importante a realização de uma avaliação criteriosa e de um diagnóstico responsável para a realização de intervenções de qualidade. Quanto ao trabalho interdisciplinar, os relatos permitiram interpretar um bom nível de articulação e de participação efetiva dos membros da equipe, apesar de coexistirem diversidades de opiniões. Os profissionais acreditam que o processo avaliativo realizado é funcional e satisfatório, porém, demanda maior conhecimento, dedicação e

disponibilidade de tempo por parte dos avaliadores. Entender a DI com base no funcionamento humano e oferecer suportes necessários ao desenvolvimento proporciona rompimento de estigmas e preconceitos, possibilitando maior autonomia e inclusão social da pessoa com deficiência.

Conclusão: Detectou-se que o modelo multidimensional de avaliação pode ser aplicável na prática e proporciona resultado fidedigno, facilitando o desenvolvimento de um cuidado direcionado e resolutivo à pessoa com DI. Assim, propõe-se que a investigação diagnóstica ocorra por meio de uma equipe interdisciplinar, que também direcione os apoios necessários a um melhor funcionamento do indivíduo.

A HISTÓRIA DA SÍNDROME DE DOWN

Lia Mara Mesquita Rosa; Universidade Católica de Brasília, liamararbd@yahoo.com.br

Laura Cristina Ferreira Pereira; Universidade Católica de Brasília.

Camilly do Socorro Pinheiro Cardoso; Universidade Católica de Brasília.

Armando José China Bezerra; Universidade Católica de Brasília, abezerra@ucb.br

Palavras-chave: Histórico. Trissomia do 21. Anomalia genética.

A Síndrome de Down ou a trissomia do 21 é a anormalidade cromossômica mais frequente observada na espécie humana e provavelmente a condição mais antiga relacionada a deficiência intelectual, assim como a causa genética mais comum de incapacidade associada ao desenvolvimento humano. Seu aparecimento histórico sofre um grande embate, uma vez que não se sabe se, a humanidade carrega a síndrome desde o início da civilização ou se surgiu em tempos recentes. O dado antropológico mais antigo conhecido da Síndrome de Down é um crânio saxão do século 7 dC que apresenta alterações na estrutura óssea idênticas as encontradas em pessoas com a síndrome. Há possíveis representações escultóricas dessa anomalia, como imagens de barro e cabeças colossais de pedra, pertencentes a cultura olmeca, de aproximadamente 3.000 anos. As primeiras ilustrações de indivíduos com SD datam de 1505. O pintor Andrea Montegna do século XV retratou um menino com características sugestivas da síndrome na obra A Virgem e a Criança. Do mesmo modo, a imagem de Sir Joshua Reynolds em 1773, intitulada "Lady Cockburn e seus filhos", representa uma criança com características faciais da SD. Entretanto, relatórios sobre essa anomalia não foram publicados antes do século XIX. Esquirol em 1838 fez a primeira descrição de uma criança que provavelmente tinha SD. Em 1846, Séguin descreveu um paciente com traços sugestivos da síndrome, nomeando-a como "idiotice furfuraceous" ou "cretinismo". O médico britânico John Langdon Down em 1866 investigou detalhadamente seus pacientes, publicando um artigo no qual mostrou uma descrição de um grupo de pacientes com deficiência intelectual que possuíam características físicas muito semelhantes. Neste estudo chamado de "Observações sobre um grupo étnico de idiotas", ele expôs características faciais, coordenação neuromuscular anormal, dificuldades com a linguagem oral, facilidade de imitação e grande senso de humor. Down defendia que essa anomalia era uma regressão ao estado primário do homem. O termo "Mongolismo" imposto por esse estudioso surgiu pelo aspecto oriental dos olhos dos portadores parecidos com mongóis. A maior contribuição de Down foi a constatação das características físicas e a descrição da SD como uma entidade diferente e independente, apesar da classificação étnica preconceituosa e de não ter determinado as causas ou fatores que geraram essa entidade. Dessa maneira, durante

anos, a SD foi considerada como um modo de regressão na evolução do homem. Somente em 1932, Waardenburg propôs que a causa provável estava em um "elenco anormal" dos cromossomos. Finalmente, em 1961, um grupo de cientistas resolveu alterar o nome mongol para o de Síndrome de Down, devido ao sentido pejorativo do termo anterior. O conhecimento histórico da Síndrome de Down junto a suas características e paradigmas é primordial para a avaliação do desenvolvimento dessa síndrome como anomalia, assim como o da abordagem médica e do alcance dos avanços científicos relacionados, tornando dessa forma possível um apoio com maior embasamento na orientação às famílias.

A IMPORTÂNCIA DAS HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO NO MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA

Brenda de Castro Canedo, UCB, canedo.brenda@outlook.com,

Daniel de Carvalho Ferreira, ESCS, drdanieldecf@gmail.com,

Tainá Alves Martins Cordeiro, UCB, taina.amc@hotmail.com,

Vitória Vasconcelos de Lara Resende, UCB, vlararesende@gmail.com,

Tiago Sousa Neiva, UCB, tiagoneiv@gmail.com.

Introdução: No contexto da Estratégia de Saúde da Família, é através da comunicação que a relação entre profissionais e pacientes se torna mais humanizada e horizontal, se distanciando cada vez mais de métodos clínicos historicamente instituídos como a hierarquia. Poucas são as pessoas que não apresentam alguma história de insatisfação em relação ao atendimento prestado por profissionais da área. Na maior parte das vezes, essa insatisfação diz respeito à falta de comunicação e às consultas e conversas convertidas em uma prática automatizada.

Desenvolvimento: É de extrema importância que se preste atenção quanto à singularidade e especificidade de cada paciente, visando à aplicação do cuidado de acordo com os princípios da universalidade, longitudinalidade e integralidade do SUS. As habilidades de comunicação são empregadas como uma ferramenta para se alcançar vínculo com o paciente. De 85% a 90% do tempo de trabalho nesse contexto são gastos na comunicação. É sabido que a qualidade dessa comunicação aumenta a adesão ao tratamento, melhora o prognóstico, aumenta a satisfação e diminui denúncias e processos contra profissionais de saúde. A atenção primária representa a porta de entrada do sistema de saúde, estando sujeita às mais diversas queixas e demandas da população. Deste modo, valorizar o paciente como único, bem como considerar todas as suas necessidades para além da queixa orgânica, se torna de caráter fundamental para se alcançar os objetivos.

Considerações finais: A consulta no modelo biomédico tradicional se resume a uma investigação focada na doença, distanciada e neutra. O primeiro passo para um melhor atendimento é substituir esse modelo por uma relação mais profunda de acolhimento e empatia, bem como criar um vínculo com o paciente. É preciso lembrar que a busca pelo profissional de saúde vai além de um diagnóstico e uma orientação. O atendimento clínico centrado na pessoa incrementado pelo uso das habilidades de comunicação permite prover acolhimento, suporte e esclarecimento. É um processo extremamente terapêutico e benéfico, além de priorizar a pessoa e não a doença, garantindo assim um cuidado universal.

A METODOLOGIA PROBLEMATIZADORA E A INTERAÇÃO ACADÊMICA NA PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO AO ALCOOLISMO

Carolina Rassi da Cruz, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, carolinarassicruz@gmail.com

Gabriel Costa Monteiro, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, gabrielcosta.m@gmail.com

Lucas Avelino Gomes de Oliveira, Pontifícia Universidade Católica de Goiás,
lucasavelino579@hotmail.com

Gabriel Fonseca de Oliveira Costa, Pontifícia Universidade Católica de Goiás,
gabriel foc93@gmail.com

Giselle Miranda Vinhadelli, Universidade Católica de Brasília, gisellevinhadelli@hotmail.com

Objetivo: Apresentar uma experiência acadêmica na promoção de saúde e prevenção ao alcoolismo fortalecendo a Atenção à Saúde da Família, em Goiânia.

Método: Neste estudo, o tema escolhido como eixo norteador, extraído de caso da comunidade, foi o Alcoolismo, utilizou-se o resultado da aplicação da Metodologia Problematizadora, seguindo o Arco de Maguerez, em suas cinco etapas.

Resultados: A sistematização dos resultados vivenciados pelos acadêmicos de medicina no cenário da Atenção à Saúde da Família, permitiu perceber a importância da inserção acadêmica na comunidade, interferindo no processo saúde-doença a partir da detecção precoce do alcoolismo. Percebeu-se também a importância de uma metodologia ativa e problematizadora na inserção acadêmica na sociedade.

Conclusão: Através da experiência percebemos que uma metodologia ativa e que propicia a discussão em âmbito acadêmico juntamente com a elaboração de ações que promovam saúde, fortalecem a prevenção primária em relação ao alcoolismo e promovem interação academia-sociedade, mostrando-se uma ferramenta valiosa no âmbito da saúde da família. O contato direto com a comunidade, depois de um embasamento teórico, permite uma reflexão quanto a postura acadêmica em relação às iniquidades em saúde como é o caso do etilismo. Desta forma, formam-se profissionais reflexivos, ativos e conscientes de seu papel de agentes transformadores do status quo da sociedade, considerando os custos diretos, indiretos e intangíveis do etilismo.

RELAÇÃO ENTRE A DOENÇA CELÍACA E A INFERTILIDADE FEMININA

Déborah Santana Sateles; Universidade Católica de Brasília, Curso de nutrição.

deborahsantana@gmail.com,

A doença celíaca é uma doença inflamatória crônica do intestino delgado, caracterizada por intolerância à proteínas ricas em prolina e glutamina, prolamina encontradas no trigo (gliadina e glutenina), centeio (secalina) e cevada (hordeína) e que são amplamente denominadas como “glúten”. Geralmente é manifestada em sintomas como distensão abdominal, diarreia, fadiga, anemia e desnutrição progressiva. Estas alterações, em indivíduos predispostos resultam de resposta auto-imune mediada por linfócitos T, o que ocasiona lesão no intestino, caracterizada por infiltração nos linfócitos no epitélio jejunal, atrofia vilositária e hipertrofia nas criptas. Ainda não foi completamente elucidado o mecanismo pelo qual a doença celíaca causa estas mudanças. Tem sido sugeridos fatores como má nutrição, deficiência de vitaminas e minerais, sendo ferro, folato, vitamina B12, vitamina K e zinco têm sido

Durante os estudos realizados objetivando entender mais sobre a doença celíaca, pesquisadores identificaram uma prevalência aumentada desta patologia entre mulheres com infertilidade. A partir daí buscou-se entender a relação entre essas duas doenças. Uma possibilidade para a ocorrência da infertilidade nessas mulheres é a presença dos autoanticorpos. Alguns pesquisadores identificaram que a possibilidade para a causa de infertilidade em mulheres celíacas é a presença dos autoanticorpos, pois esta é uma desordem sistêmica autoimune associada à produção de autoanticorpos contra a onipresente transglutaminase tissular humana, principal autoantígeno da doença celíaca. Outra possibilidade é a má absorção ou má nutrição, sugerindo uma interação entre deficiências nutricionais específicas, desequilíbrios endócrinos e distúrbios imunológicos. Por ser uma doença que atinge o intestino, pode causar má absorção de nutrientes essenciais para o bom funcionamento do sistema reprodutor. A relação entre nutrição e fertilidade foi estabelecida principalmente pelo fato do excesso de radicais livres interferirem na propensão feminina de engravidar. Agentes antioxidantes como a Vitamina E, vitamina C e carotenóides são capazes de prevenir o dano oxidativo ao DNA. A suplementação de vitamina E, selênio e zinco também mostraram papéis importantes na função reprodutiva. De acordo com os estudiosos, mulheres com doença celíaca são mais propensas a ter deficiências destas vitaminas e minerais, por isso a maior probabilidade em desenvolver a infertilidade.

A VARIABILIDADE DA FREQUÊNCIA CARDÍACA, RESPOSTAS AGUDAS AO EXERCÍCIO ISOMÉTRICO: UMA BREVE REVISÃO

Brande Ranter Alves Soares¹, brandeacademico@gmail.com

Rafael Reis Olher¹, rfloher@gmail.com

Thiago Belarmino Alves Ribeiro¹, rfloher@gmail.com

Iorranny Raquel Souza¹, iorranyraquel@gmail.com

Milton Rocha de Moraes¹, milton.moraes@ucb.br

Universidade Católica de Brasília¹

Introdução: O exercício isométrico (EI) tem sido bastante estudado frente as suas repercussões cardiovasculares e autonômicas. Ademais, exercícios isométricos como o *Handgrip* têm sido utilizados como um estímulo excitador simpático em testes autonômicos.

Objetivo: O presente estudo teve como objetivo realizar uma breve revisão da literatura sobre as respostas agudas do EI, analisadas por meio de índices de variabilidade da frequência cardíaca (VFC).

Metodologia: Foi conduzida uma busca sistemática na literatura sem limite de data para o início até novembro de 2016, na base de dados PubMed. A data do primeiro artigo publicado incluído foi determinada como inicial da busca, sendo esta no ano de 1999. A busca foi realizada utilizando diferentes combinações de palavras-chave em língua inglesa: exercise, isometric, static, heart rate variability, e em português. Foram incluídos nesse estudo apenas artigos que investigaram os efeitos agudos do exercício isométrico sobre a VFC seguindo os seguintes critérios: (a) estudos originais completos; (b) estudos em seres humanos; (c) exercício isométrico como variável independente; e (d) publicações em inglês e português. Foram excluídos estudos que: (a) não apresentavam medidas de VFC durante ou após o exercício isométrico; (b) intervenção sem exercício; (c) administração de medicamentos ou suplementos nutricionais. A busca na base de dados resultou num total de 240 trabalhos. Destes, 201 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão, permanecendo 31, os quais foram examinados na íntegra em maior detalhe. Por fim, 14 artigos atenderam a todos os critérios estabelecidos e foram incluídos.

Discussão dos resultados: O EI gera alterações autonômicas em diversas populações, sendo influenciada pelas variáveis; intensidade, duração da contração, massa muscular envolvida, que podem ser avaliadas com sensibilidade pelos índices de VFC. O instrumento de preensão palmar, o dinamômetro, como excitador simpático foi muito utilizado pelos estudos, e suas implicações autonômicas durante o exercício e recuperação são promissoras para se estudar por meio de índices de VFC as diferenças autonômicas entre as populações. Os índices mais utilizados pelos estudos foram no domínio do tempo RMSSD e no domínio da frequência LF, HF e HF/LF.

Conclusão: Contudo, tais índices apesar da sensibilidade e limitações, foram capazes de expressar em diversas situações do EI, durante exercício ou recuperação, em diferentes populações, intensidades, e massa muscular envolvida, mostrando dessa maneira, uma forma interessante de estudar as repercussões autonômicas cardíacas geradas por uma sessão de EI. No entanto, realizar uma busca com maior rigor sistemático das respostas do EI sobre a VFC, introduzindo também estudos crônicos, possibilitará uma compreensão mais adequada deste modelo de exercício de força em diversas populações.

Palavras-Chave: Modulação Autonômica Cardíaca. Sistema Nervoso Autônomo. Exercício de Força.

ADENOCARCINOMA PANCREÁTICO: MUTAÇÃO RELACIONADA ÀS PROTEÍNAS RAS

Priscila Rejane de Moraes Magalhães, Universidade Católica de Brasília,
priscilarejanemm@hotmail.com

Débora Maria Neves de Almeida, Universidade Católica de Brasília, deh.6@hotmail.com

Raissa Arcoverde Borborema Mendes – Universidade Católica de Brasília,
raissaborborema@gmail.com

Denise Nogueira da Gama Cordeiro – Universidade Católica de Brasília,
denisengcordeiro@yahoo.com.br

O presente estudo teve como objetivo descrever o processo desencadeador da transformação maligna do câncer de pâncreas pelas proteínas RAS. Sabendo que o adenocarcinoma pancreático é a quarta causa de morte por câncer entre mulheres e a quinta entre os homens, aproximadamente 270 mil novos casos por ano estão relacionados ao câncer de pâncreas e ocorrem cerca de 260 mil mortes. O comportamento é agressivo e com alto potencial de metástases. O grande desafio está na falta de tratamentos eficazes cujo índice de incidência e longevidade tem sido crescente que se aproxima de um cenário futuro muito preocupante. A taxa de incidência aumenta com a idade, sendo mais elevada a partir dos 70 anos de idade, predominantemente em idosos. Além disso, os 90% dos casos diagnosticados ocorrem após a idade de 55 anos. Em 85% dos casos, os cânceres de pâncreas são do tipo Adenocarcinoma Pancreático (DPAC). A mutação do gene somático chamado K-Ras (*Kirsten RAt Sarcoma vírus*), localizado no 12º códon, é responsável pelos 90 a 95% dos casos de DPAC. A isoforma predominante na maioria dos tecidos cancerígenos é a K-Ras4B. Esta isoforma possui o domínio G que inclui as regiões da proteína responsável pela ligação e hibridização do GTP. Os resíduos da região do interruptor I e a região do interruptor II, localizados no domínio G, experimentam uma mudança conformacional durante o ciclo GDP-GTP. Esta mudança está relacionada as proteínas RAS que desempenham um papel ativo na diferenciação celular, proliferação, migração e apoptose, tornando-as importantes na sinalização do câncer. Quando ativadas, as proteínas RAS (*RAt Sarcoma vírus*) estão ligadas ao GTP. Contudo, inativadas estas proteínas estão ligadas ao GDP. Durante a homeostase, o fator GEF (*Guanine nucleotide exchange factor*) reconhece RAS na sua forma inativa e promove a troca de GDP por GTP. As proteínas RAS ativadas ativam vias de sinalização celular que induzem a proliferação celular e, principalmente, resistência à apoptose. As GAPs (*GTPase-activating protein*) são proteínas que

inativam a RAS e promove a hidrólise de GTP em GDP. Quando ocorre mutação no códon 12, a ação da GTPase é reduzida e, conseqüentemente, inativa a RAS. Logo, impede o “desligamento” do gene que permanece no estado GTP, ou seja, os genes RAS se tornam mais ativos e inicia-se o processo de oncogênese. Além da mutação no domínio de interação do códon 12, cuja frequência é maior, existe a mutação do domínio de interação a GAPs do códon 13 e do sítio catalítico 61. Esse processo mutagênico causa a perda da capacidade GTPase de hidrolisar GTP em GDP, mantendo a sua forma ativa e a atividade constante de vias de sinalização celular desencadeando a transformação maligna. O adenocarcinoma é um tumor maligno que pode afetar vários órgãos cuja remoção cirúrgica é bastante difícil, sendo o câncer de pâncreas o 13º mais comum do mundo. A reunião de informações genômicas, proteômicas e imunológicas podem direcionar o estudo sobre o tratamento molecular do adenocarcinoma pancreático. Tais informações permitem identificar sinalizações do câncer e, possivelmente mudar o paradigma da doença.

ALONGAMENTO MUSCULAR COMUNITÁRIO PRÉ E PÓS ATIVIDADE FÍSICA E ANÁLISE DOS COMPONENTES ANATÔMICOS ENVOLVIDOS

CONCEIÇÃO, Andréia Luiza de Souza; Lopes, Bruno Sousa; STRINI, Polyanne Junqueira Silva Andresen; OLEGÁRIO, Raphael Lopes; STRINI, Paulinne Junqueira Silva Andresen

Palavras-Chave: Anatomia, Exercício Físico, Saúde, Extensão Comunitária.

O alongamento é a forma de trabalho que visa a manutenção dos níveis de flexibilidade obtidos e propicia a realização dos movimentos de amplitude normal com o mínimo de restrição física possível. O projeto em questão tem por finalidade a divulgação de técnicas de alongamento efetivas para comunidade vinculada ao Centro de Práticas Corporais da Faculdade de Educação Física e Dança da Universidade Federal de Goiás através de oficinas de extensão comunitária elaborada por discentes e docentes do curso de Educação Física, além da análise dos principais movimentos, músculos e das articulações trabalhadas na sua realização. De acordo com a metodologia utilizada, foram realizados três encontros semanais com apresentação pública e demonstração de movimentos e técnicas para alongamento de musculatura antes e após a realização de práticas corporais no período de dois semestres letivos. A partir disto, foram selecionados alguns movimentos pré-selecionados e uma análise anatômica foi apresentada pela equipe executora. Os mesmos incluem flexão e extensão de braços; flexão de perna com isometria; rotação medial e lateral do quadril; adução e abdução de pernas. Em seguida, foi realizada a análise fotográfica dos principais músculos e articulações envolvidos com auxílio de software Kinetec, possibilitando a identificação dos componentes anatômicos trabalhados e proporcionando a divulgação do conhecimento para profissionais da área da saúde. Como resultado, proporcionou a troca de saberes entre a comunidade acadêmica e externa e incentivo para futuros estudos na área. Pode-se dizer que os movimentos apresentados configura-se como um instrumento de trabalho para o profissional da Educação Física que, aliado ao estudo anatômico, pode designar um conjunto de exercícios mais eficazes para a promoção de saúde. Conclui-se que o presente projeto contribuiu para conscientização a respeito da importância do alongamento e divulgação de técnicas e movimentos a serem realizados pré e pós atividade física para a população.

ANÁLISE ACERCA DOS BENEFÍCIOS DE UMA AMAMENTAÇÃO PROLONGADA AO LACTENTE E A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA NESTE CONTEXTO

Luan da Cruz Vieira, Universidade Católica de Brasília, luanvieira96.lv@gmail.com

Kétuny da Silva Oliveira, Universidade Católica de Brasília, ketunyoliveira@gmail.com

Pedro Henrique de Oliveira, Universidade Católica de Brasília, pedrooliveira.med@gmail.com

Marina Ferreira da Silva, Universidade Católica de Brasília, marinaferreiraffs@gmail.com

Denise Nogueira da Gama Cordeiro, Universidade Católica de Brasília, denisengcordeiro@yahoo.com.br

A amamentação até o segundo ano de vida de uma criança e sua exclusividade até os 6 meses, são recomendações das mais importantes entidades de promoção à saúde no Brasil e no mundo, a exemplo, a OMS. O intuito desse trabalho é, por meio de buscas nas bases de dados Scielo, Lilacs, PubMed e MEDLine, realizar uma pesquisa metodológica acerca dos benefícios para a criança de uma amamentação prolongada. O motivo mais importante dessa ação está na diminuição da mortalidade infantil, um dos objetivos do milênio determinado pela ONU, portanto o aleitamento é considerado um dos fatores mais relevantes de fácil acesso e implantação que levou o Brasil a atingir tal meta. Além disso, quando prolongada, possui grande impacto no desenvolvimento físico e emocional da criança, assim como fornece os nutrientes necessários, favorece o sistema imunológico, auxilia no desenvolvimento cognitivo, e ainda influencia no âmbito econômico e social do lactente e de sua família. Estudos indicam que bebês em amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses reduzem em até 23% a ocorrência de quadros diarreicos apresentando uma maior proteção contra infecções tanto do sistema gastrointestinal quanto do respiratório, enfatizando a proporcionalidade entre tal proteção e o maior período de lactação. Sabe-se também que a amamentação possui relação com a prevenção do câncer de mama da lactante, no entanto estudos mostram que além de conferir uma certa proteção à mãe, também é eficiente na redução do risco de pacientes, amamentadas quando bebês, apresentarem câncer de mama no período pré-menopausa. Porém todos os benefícios da amamentação são insuficientes sem as orientações adequadas às mães. Neste contexto, a atuação de qualidade da equipe de saúde da família é fundamental, pois a atenção primária é a responsável pelo acompanhamento do pré-natal e pelo binômio mãe-filho durante os primeiros anos de vida, esclarecendo os benefícios da amamentação, a maneira correta de realizá-la e o tempo mínimo de amamentação.

ANOREXIA E BULIMIA – UM EXAME NA CAPACIDADE DE NUTRIR OS ASPECTOS EMOCIONAIS E AS ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS NA ADOLESCÊNCIA

Doutorando Krain Melo – Univ. de Brasília / UNB

Doutoranda Ilckmans Bergma Mugarte – Univ. Católica de Brasília / UCB

Dra Maria Alexina Ribeiro – Univ. Católica de Brasília / UCB

Dra Marta Helena de Freitas – Univ. Católica de Brasília / UCB

Resumo: O presente estudo teve como objetivo verificar as possíveis relações entre o comportamento alimentar, o estado emocional e os exames de avaliação nutricional que decorrem as complicações em adolescentes diagnosticados com Anorexia Nervosa (AN) e Bulimia Nervosa (BN) e suas dinâmicas familiares, pelo viés do enfoque sistêmico e do método de Rorschach. Através das respostas emocionais e do comportamento alimentar desses adolescentes, foi possível analisar e compreender as atitudes e o comportamento alimentar que os levaram a desenvolver a voracidade, inapetência e/ou a recusa pela comida. Do ponto de vista físico, foi possível compreender como são observadas as alterações metabólicas na adolescência e em relação aos Transtornos Alimentares (TA). A baixa sensação de recompensa pós-prandial notada nestes adolescentes pode ser associada a correlação entre a glicose sérica reduzida e a percepção de fome e intenção de comer, cenário inverso ao notado na população livre de TA. Em geral, uma baixa glicemia aumentaria os marcadores de fome e intenção de comer. A composição corporal apresentou baixo percentual de massa muscular e baixo percentual de gordura. Associado a um quadro de sarcopenia. Quadro atípico para adolescentes e prejudicial na vida adulta. Notou-se ainda uma redução na taxa metabólica, provavelmente associada a baixa ingestão calórica e baixos níveis de cálcio e potássio. O que poderia conduzir a um quadro de osteopenia. São comuns a este grupo anemias carenciais (ferropriva) e hipovitaminoses. Foi verificado como as atitudes no ambiente familiar se caracterizam como um meio de se verificar o padrão alimentar e a satisfação de nutrientes, como também um meio de comunicar a mudança repentina de comportamento na adolescência ou modo de expressar compensações e conflitos por meio da raiva, tristeza, amor, dependência, deslocando essa gama de reações para a insatisfação com si mesmo e com o próprio corpo que levam ao surgimento dos TA. A influência mútua entre processos físicos, mentais e relacionais nos TA evoluem para alterações no corpo como foco central nas insatisfações, apresentando uma necessidade no controle de peso e uso de estratégias prejudiciais à saúde. Constatou-se que as vivências conflitivas, emotivas e físicas nos TA independem da fome porque

passam a ter um significado no cenário da dinâmica familiar como o papel de sustentação ou dependência dos relacionamentos, ao mesmo tempo, provocam intenso sofrimento aos indivíduos e à família. Confrontar essas questões sugere dizer que nesses casos os adolescentes apresentaram uma dificuldade tanto na AN e na BN de nutrir os aspectos físicos, emocionais, relacionais e da própria identidade. Estes sujeitos foram caracterizados ao mesmo tempo como vorazes e insatisfeitos. A relevância do estudo remete justamente à necessidade de identificar e orientar estes adolescentes quanto as complicações dos quadros e estimular um acompanhamento psicoterápico e nutricional, necessitando de uma equipe multidisciplinar para o manuseio adequado e satisfatório dessas condições clínicas, bem como a capacidade de auto regulação.

Palavras-chaves: Anorexia Nervosa; Bulimia Nervosa; Complicações físicas e emocionais.

ANOREXIA NERVOSA NA ADOLESCÊNCIA: ESTUDO DOS ASPECTOS INDIVIDUAIS E FAMILIARES QUE CONTRIBUEM PARA O SURGIMENTO DO TRANSTORNO

Ilckmans Bergman Mugarte –UCB

Maria Alexina Ribeiro –UCB

Marta Helena de Freitas –UCB

Universidade Católica de Brasília / UCB

Resumo: Os transtornos alimentares (TA) configuram-se como um problema de saúde pública, de contorno multifatorial e com uma incidência dobrada nos últimos 20 anos, representando causas importantes de morbidades e mortalidade em adolescentes. Atualmente estes transtornos têm chamado a atenção e preocupação dos profissionais de saúde que se voltam para a realização de pesquisas no intuito de melhor compreender o fenômeno e desenvolver metodologias de tratamento mais eficazes. Pesquisas atuais têm mostrado que os aspectos da dinâmica familiar são relevantes e devem ser incluídos nos estudos sobre a anorexia e bulimia nervosas. O presente trabalho apresenta dados parciais da pesquisa de doutorado da primeira autora, envolvendo a família de uma adolescente com Anorexia Nervosa (AN). A metodologia é qualitativa, por meio do estudo de caso e a análise dos dados está fundamentada na Teoria Sistêmica e no método de Rorschach. Foi realizada uma entrevista do ciclo de vida familiar incluindo a elaboração do genograma, e a aplicação do teste de Rorschach na adolescente. Os resultados demonstram indicadores para o surgimento e manutenção dos sintomas de AN, enfatizando a importância de se conhecer a dinâmica familiar, bem como o papel dos genitores na educação e nos cuidados com os filhos e em seus hábitos alimentares. As respostas no Rorschach revelam características da dinâmica afetiva, perfil de personalidade, insatisfação com a imagem corporal da adolescente com AN. A síntese desses dados nos faz compreender a organização psíquica e o modo de funcionamento destes sujeitos. Ambos os métodos se mostraram eficazes na possibilidade de permitir identificar futuras estratégias de intervenção na AN, além de indicar dados e características significativas do funcionamento familiar que podem ampliar a compreensão das relações familiares a esses transtornos.

Palavras-chave: Anorexia; Família; Adolescência.

ASPECTOS NEUROMUSCULARES DO TREINAMENTO DE FORÇA ISOMÉTRICO EM RATOS IDOSOS

Bernardo Dantas Bixi,
Alexsander José Da Costa De Oliveira,
Thiago Santos Rosa,
Rodrigo Vanerson Passos Neves,
Milton Rocha Moraes

Com o avanço da idade, diversos sistemas do organismo são afetados, impactando diretamente algumas capacidades funcionais. Um desses sistemas é o muscular, que graças à degeneração neural, sofre um declínio nas fibras musculares, consequentemente, causando perda de força. Porém, por mais que a quantidade de estudos com o treino de força em idosos seja elevada, a grande maioria trata sobre protocolos de treino de força dinâmico, sendo poucos ou inexistentes os estudos que trabalhem os efeitos do treino de força isométrico (TFI) no combate à sarcopenia. O objetivo do presente estudo foi avaliar o efeito do TFI ao longo de 18 semanas na força muscular dinâmica em ratos *Wistar* idosos saudáveis. Foram utilizados 10 ratos com 49-50 semanas de idade, divididos aleatoriamente em dois grupos: Controle (GC) e Treinamento de Força Isométrico (TFI). Ambos os grupos foram familiarizados com o protocolo de treino na escada, tiveram massa corporal medida semanalmente, e fizeram teste de máxima carga carregada (MCC) a cada 15 dias. Durante 18 semanas, 3 vezes por semana, os ratos do grupo TFI realizavam o protocolo de isometria, que consistia em 8 séries de 1 minuto com 2 minutos de recuperação, com carga equivalente a 30% da carga máxima medida. Ao início do estudo, a MCC obtida foi de $392,8 \pm 54,6$ g para CT e $398,4 \pm 77,5$ g para TFI, sem diferença entre os grupos ($P > 0,05$). Ao fim das 18 semanas de TFI, verifica-se que a MCC (força muscular dinâmica) passou a ser 571 ± 56 g para CT e $818 \pm 239,2$ g para TI, mas somente o grupo TFI aumentou a força muscular dinâmica, em relação ao início do estudo ($P < 0,05$). A partir desses resultados conclui-se que o treinamento de força isométrico 3 vezes por semana é eficaz para promover aumento de força muscular dinâmica em ratos *Wistar* idosos.

AVÓS E AMAMENTAÇÃO: UMA RELAÇÃO INTERGERACIONAL

Glaucia Pereira de Lucena; Maria Liz Cunha de Oliveira

Introdução: Com o intenso envelhecimento populacional, tem-se por destaque a maior sobrevivência das mulheres, passando a ser uma realidade em grande parte das famílias brasileiras. Nesse contexto, as avós influenciam situações familiares como a chegada de um bebê na família e na prática da amamentação atual recomendada. Essa interferência pode ser por vezes benéfica e por vezes maléfica, podendo prejudicar a prática do aleitamento materno, e até causar conflitos familiares. **Objetivo:** Conhecer as soluções expressas pelas avós frente aos principais problemas da amamentação e sua influência junto a suas filhas/noras.

Método: Pesquisa de caráter descritivo de abordagem quali-quantitativa. O estudo foi realizado em um hospital público localizado no Distrito Federal e a amostra consistiu de 25 avós bem como de suas respectivas filhas ou noras internadas no Alojamento Conjunto. Para a entrevista com as avós, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado, onde as mesmas relataram as soluções expressas por elas frente aos principais problemas da amamentação. Para a entrevista com a mãe/puérpera, foi quantificado o *score* de influência, e para isso foi utilizada uma escala intervalar de 0 a 5 e a seguinte pergunta: “Considerando uma escala de 0 a 5, quanto sua mãe e quanto sua sogra influenciam na prática do aleitamento materno?”. Para a análise do conteúdo qualitativo, foi utilizada a perspectiva de Bardin e para o conteúdo quantitativo foi realizado a frequência para cada variável.

Resultados e Discussão: As falas das avós foram evidenciadas por um forte apego cultural. Foi possível observar nas entrevistas que a maioria delas não estava de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde quanto às principais dificuldades da amamentação. Quanto à influência que as avós exercem sobre a prática do aleitamento materno, os resultados demonstraram que as avós maternas exercem mais influência sobre suas filhas do que as sogras sobre suas noras.

Considerações Finais: Conclui-se, portanto, que é preciso primeiramente o reconhecimento por parte dos profissionais que atuam direta ou indiretamente na prática da amamentação, quanto à importância de uma intervenção multiprofissional que envolva essas avós, e uma atualização das práticas recomendadas atualmente. Ouvir os saberes dessas avós também se faz de grande valia para a identificação das arestas que são necessárias reparar.

Palavras-chave: Avós. Aleitamento Materno. Relações Familiares.

CÉLULAS TRONCO MESENQUIMAIS PRESENTES EM POLPAS DE DENTES DECÍDUOS E SEU USO PARA TRATAMENTO DE DOENÇAS DEGENERATIVAS

Maria Luiza Stangherlin; PIAU; CGBC

Professora Dra. do curso de odontologia da Universidade Católica de Brasília.

Palavras chaves: Células mesenquimais, polpa dentária, dentes decíduos.

As células troncos são células especiais que possuem a capacidade de gerar outros tipos de células especializadas ou até mesmo outras células tronco. As células mesenquimais são tipos de células tronco com propriedade imunológica, regeneração de tecidos e alta potencialidade terapêutica, sendo que podem ser encontradas na polpa de dentes decíduos. Todas estas células tendem a perder sua capacidade regenerativa com o envelhecimento e assim deve-se aproveitar dos seus benefícios enquanto são jovens. As vantagens da utilização das células-tronco do dente decíduo incluem o fato de serem células jovens com alta capacidade proliferativa, potencial de diferenciação em tecidos adultos e de fácil obtenção, possuem capacidade de se especializar em diversos tecidos: ósseo, cartilaginoso, muscular e até mesmo nervoso. Pesquisas científicas são realizadas com o intuito de se extrair e armazenar as células-tronco da polpa de dente decíduos e assegurar um tratamento inovador da medicina regenerativa. Este trabalho tem o objetivo de expor as vantagens da obtenção dessas células a partir de dentes deciduos baseando-se em revisão de literatura na base de dados como PUBMED, CAPES E SCIELO entre os anos de 2007 a 2017. Conclui-se que estas células podem ser utilizadas no tratamento de inúmeras enfermidades, como por exemplo, Alzheimer, diabetes, e defeitos articulares, porém, envolvendo um alto custo financeiro.

COMPORTAMENTO DE AUTOLESÃO E AUTOMUTILAÇÃO EM ADOLESCENTES

Gracilene Araújo; Ana Carolina Liboni; Tamara Silva; Lara Moreira; Danielle Sousa da Silva

Resumo:

O objetivo do presente trabalho é compreender como os adolescentes narram os seus comportamentos de autolesão e automutilação. Para tal, foi utilizada a perspectiva sócio-histórica, tendo a análise de conteúdo como metodologia de para verificar os eixos temáticos mais recorrentes nas falas dos sujeitos. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada junto a cinco adolescentes de 15 a 19 anos, participantes do programa VIRA VIDA – uma Tecnologia Social que atende adolescentes de 15 a 21 anos de idade em contexto de vulnerabilidade social como também quem se encontra no contexto de exploração sexual e abuso sexual. Os resultados encontrados indicam ou permitem compreender a narrativa e adolescentes no que diz respeito aos comportamentos e autolesão e automutilação no período da adolescência.

CONSUMO EXAGERADO DE REFRIGERANTES PODE AUMENTAR OS NÍVEIS DE ÁCIDO ÚRICO SÉRICO

Gabriela Curado

Maria Fernanda Castioni Gomes

Palavras-chave: frutose, xarope de milho, síndrome metabólica, hiperuricemia

O consumo de bebidas açucaradas tem sido associado a aumento da obesidade e diabetes, essas bebidas contêm grandes quantidades de açúcares refinados, conferindo aumento rápido e significativo da glicemia o que confere saciedade precoce, contribuindo portanto, para o ganho de peso, síndrome metabólica (SM) e resistência insulínica. O presente trabalho é uma revisão de literatura com busca de artigos nacionais e internacionais, na língua inglesa, portuguesa e espanhola, publicados no período de 2007 a 2017. O excesso de açúcar na composição dessa bebida e o uso exagerado pela população mundial pode causar ou agravar inúmeros problemas de saúde além da obesidade como; cáries, flatulência, gastrite, diabetes, aumento dos níveis de triglicérides sanguíneos, aumento dos níveis do colesterol total e da fração LDL. O consumo de frutose aumentou em grande parte devido a um aumento do consumo de refrigerantes e outras bebidas açucaradas que são ricas em frutose, além do consumo de outros produtos, como cereais matinais, pães, condimentos e sobremesas preparadas com sacarose e xarope de milho rico em frutose. O xarope de milho rico em frutose encontrou uma grande aplicação comercial, pois além de ser um produto com um custo inferior, possui sabor semelhante ao da sacarose. Seu alto poder edulcorante, suas propriedades organolépticas e sua capacidade de conferir um tempo de conservação longo contribuíram para um aumento muito rápido do seu consumo. A ingestão de frutose parece associar-se ao aumento das concentrações de ácido úrico. Uma vez que a fosforilação da frutose não é regulada, há tendência para que ocorra a depleção do ATP, levando à formação de ADP que posteriormente contribui para a degradação do ácido úrico. Além da hiperuricemia ser um fator de risco para doença cardiovascular e Diabetes Melitus tipo 2, tem também um papel fundamental para o risco de SM. Uma revisão sistemática identificou a ingestão de frutose como um fator de risco associado à gota, além de outros fatores de risco dietéticos estabelecidos, incluindo o consumo de álcool, carne e frutos do mar. Estudo randomizado realizado em 2016 com jovens saudáveis mostrou uma relação dose resposta, entre ingestão de frutose e aumento do ácido úrico sérico pós-prandial. O consumo de um litro por dia de refrigerantes ao longo de 6 meses elevou as

concentrações de ácido úrico em um grupo de adultos com sobrepeso e obesidade em comparação com os grupos que consumiram leite, refrigerante diet ou água. A hiperuricemia resulta da produção excessiva e/ou da excreção renal diminuída de ácido úrico, e é definida como um valor de uratos no soro superior a 6mg/dl nas mulheres e superior a 7 mg/dl nos homens. Estas concentrações correspondem ao limite da solubilidade dos uratos e, por isso, a partir destes valores há supersaturação de uratos e consequente propensão à sua cristalização e deposição nos tecidos. As principais consequências decorrentes da hiperuricemia estão associadas à deposição de cristais nos tecidos: gota, urolitíase e nefropatia por uratos. A prevalência global da hiperuricemia tem aumentado nas últimas décadas, afetando atualmente entre um quarto a um terço da população mundial.

DENÚNCIAS POR ERROS DE ENFERMAGEM ENVOLVENDO IDOSOS NO PERÍODO DE 2005 A 2015.

Mayara Candida Pereira, Coordenadora do Curso de Enfermagem da Universidade Paulista – UNIP
Campus Brasília – DF, enfermagembrasil@unip.br

Maria Liz Cunha de Oliveira, docente da Universidade Católica de Brasília, liz@ucb.com

Objetivo: Analisar os processos éticos de enfermagem envolvendo idosos no Conselho Regional de Enfermagem (COREN-DF), no período de 2005 a 2015.

Método: Estudo de natureza quantitativa, descritivo-exploratória, de corte transversal e documental, foi desenvolvido nas dependências do COREN-DF. A amostra foi constituída por 18 documentos julgados e concluídos no período de 2005 a 2015. Utilizou-se instrumento de coleta de dados sendo tabulado e analisados por meio de estatística descritiva.

Resultados: As principais denúncias foram agrupadas em nove categorias, destacaram-se negligência, maus tratos, imperícia, agressão, imprudência, falta de assiduidade e pontualidade, falsidade ideológica, roubo e indisciplina. A categoria dos técnicos de enfermagem com 12 denúncias foi a mais envolvida nas ocorrências, com prevalência de profissionais com menor tempo de inscrição no COREN-DF, 9. As ocorrências éticas mais evidenciadas foram negligência 8, seguido de maus tratos, 7. Com relação aos denunciantes em 8 processos foram os familiares e o local de ocorrência destacou-se a residência dos idosos presente em 10.

Conclusões: Os resultados foram importantes para identificar as características das ocorrências e dos profissionais envolvidos, evidenciando-se a necessidade de aprofundar as discussões sobre os problemas éticos na prática cotidiana da enfermagem.

Palavras chave: Responsabilidade legal, códigos de ética, negligência, idosos.

DEPRESSÃO EM IDOSOS NO ÂMBITO SOCIAL

Pedro Henrique Nunes de Araujo, UCB, ph_enriquearaujo@hotmail.com

Laura de Lima Crivellaro, UCB, crivellarolimalaura@gmail.com

Kétuny da Silva Oliveira, UCB, ketunyoliveira@gmail.com

Pedro Henrique de Oliveira, UCB, pedrooliveira.med@gmail.com

Karla Valente Sanches Ribeiro, karlasanches.ribeiro@gmail.com

Em função do aumento do número de idosos na população mundial, vem ocorrendo um aumento significativo de pesquisas acerca da saúde do idoso, especialmente pelas doenças apresentadas por esta faixa etária da população, incluindo um elevado número de doenças psiquiátricas, especialmente a depressão. A experiência do envelhecimento é um fenômeno que envolve mudanças morfológicas e funcionais que abrange fatores hereditários, meio no qual o indivíduo vive, a própria idade, tipo de ocupação, estilo de vida, dentre outros, todos condicionados pelo contexto social ao qual o indivíduo se insere e a depressão senil é resultado da forma como são vivenciados estes fatores. Figueiredo, (2007) aponta que 15% dos idosos do mundo apresentam um quadro de depressão. A terceira idade do desenvolvimento humano é considerada culturalmente como sendo uma fase de difícil aceitação, em virtude de diversas alterações biológicas, psicológicas, bem como sociais. Devido a essa dificuldade de autoaceitação, podem surgir problemas psiquiátricos. Entretanto, para Banhato *et al.* (2012) o envelhecimento é uma experiência muito individual, com diferentes padrões, sugerindo que esse processo pode diferir de forma significativa de pessoa pra pessoa, alertando para os estereótipos sociais acerca do envelhecimento e como os mesmos dificultam o diagnóstico, já que nessa faixa etária, tanto o profissional clínico quanto o próprio paciente podem atribuir a depressão ao processo de envelhecimento. Os profissionais muitas vezes esperam do idoso já uma certa melancolia, desânimo, recolhimento, e muitos casos são subdiagnosticados. Na prática, o idoso, que na muitas vezes é acometido por múltiplas patologias crônicas, é avaliado na atenção básica por diversos especialistas, e estes, focados no seu objeto de estudo, perdem a visão integral do indivíduo. Para poder diagnosticar a depressão no idoso é preciso lançar um olhar sobre sua complexidade e dar atenção de forma ampliada e integrada, segundo Hartmann Junior (2012). Os fatores mais predisponentes para a depressão estão ligados à baixa expectativa de vida, falta de vínculo e suporte social, doenças físicas agudas ou crônicas, baixa escolaridade e renda, viuvez, sexo feminino, violência, presença de eventos estressores. Depressão em idosos é uma questão importante de saúde pública, que

merece ser avaliada por equipe de profissionais que a enxerguem de forma multidimensional, e que ofereçam uma escuta qualificada, para que assim, sejam evitados os altos índices de suicídio de morbimortalidade, impactando negativamente a capacidade funcional e a qualidade de vida desses indivíduos. Desse modo, deve ser investigada rotineiramente, com profissionais atentos aos diversos sintomas depressivos mascarados e queixas subjetivas. Vale a pena ressaltar também que envelhecer é um processo fisiológico e não uma doença, sendo um processo irreversível inerente a todos os seres vivos. Assim, é preciso promover o bem-estar dos idosos, com ajustamento familiar, participação social, para que exista uma melhor qualidade de vida nessa faixa etária, sendo uma das melhores formas de prevenir esse mal psiquiátrico.

DEPRESSÃO NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Luiz Fernando Coimbra Rabelo, Jeane Kelly da Silva Carvalho,
Ruth da Conceição Costa e Silva Sacco, Guilherme Máximo Xavier

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as condições crônicas de saúde têm aumentado em ritmo crescente no mundo. No Brasil, o problema se agrava por haver uma situação social ainda marcada pela limitação de acesso de grande parcela da população às condições mínimas de vida, tais como, alimentação, moradia, educação e trabalho digno. A depressão é reconhecidamente um problema de saúde pública evidenciada pelo comprometimento das atividades cotidianas do indivíduo, principalmente nos relacionamentos sociais. É sistematizada como “transtornos de humor” e “transtornos afetivos” pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10), nos quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associada) ou de uma elação. Em termos mundiais, estima-se que em 2020 a depressão será a segunda causa de incapacidade em saúde. De acordo com a OMS, pelo menos 350 milhões de pessoas vivem com depressão. Esta representa quase um quarto (23%) dos atendimentos ambulatoriais e hospitalares em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS). A principal porta de entrada são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que correspondem a 69% dos atendimentos e diagnósticos realizados no Brasil. No contexto do serviço público, o modelo pós-reforma psiquiatria visa à construção de novas formas de lidar com as pessoas que estão em sofrimento mental. Para atingir os objetivos da reforma, entre eles a extinção dos manicômios físicos, é necessário estar próximo à população, promovendo vínculos duradouros, considerando a família como unidade de cuidados, conhecendo territórios e criando formas de intervir nele. Essas são justamente as potencialidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), que se articula na forma de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e possui áreas estratégicas específicas em Saúde Mental. Além disso, hoje outras unidades compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo I, II e III, CAPS Álcool e Outras Drogas, CAPS Infantil, Serviço Residencial Terapêutico (SRT), Ambulatórios de Saúde Mental, leitos em hospital geral, Serviços de Urgência e Emergência, e o cuidado prestado pelas Unidades Básicas de Saúde, além dos Centros de Convivência e outros espaços de socialização. Este trabalho tem como objetivo principal realizar uma revisão da literatura sobre a temática, abrangendo o contexto da saúde mental no âmbito da família e, portanto, da ESF. Além disso, apresentamos os dados de morbidade hospitalar em decorrência de transtornos do humor

(afetivos) disponíveis no banco de dados do DATASUS. Os dados coletados na plataforma TABNET do DATASUS foram estratificados por faixa etária e por região. Infelizmente, a depressão não é uma doença de notificação compulsória e, portanto, os dados disponíveis no DATASUS se referem apenas às internações hospitalares decorrentes desses transtornos ou possíveis surtos. Estudos que identificam episódios depressivos na atenção primária são escassos. Nos bancos de dados públicos, em especial o DATASUS, as informações a respeito da depressão aparecem de forma pouco precisa.

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL: DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO

Marina Ferreira da Silva, UCB, marinaferreiraffs@gmail.com

Pedro Henrique Nunes de Araujo, UCB, ph_henriquearaujo@hotmail.com

Kétuny da Silva Oliveira, UCB, ketunyoliveira@gmail.com

Luan da Cruz Vieira, UCB, luanvieira96.lv@gmail.com

Denise Nogueira da Gama Cordeiro, UCB, denisengcordeiro@yahoo.com.br

O diabetes mellitus gestacional (DMG) é um dos distúrbios metabólicos mais comuns durante a gestação, com uma prevalência de 3% a 25%, sendo caracterizado por uma alteração no metabolismo dos carboidratos de gravidade variável com início durante a gestação e que pode ou não se prolongar ao pós-parto. Na segunda metade da gestação, ocorre diminuição da tolerância à glicose e resistência à insulina em virtude das alterações hormonais fisiológicas decorrentes da própria gestação, desencadeadas por estrogênio, progesterona, cortisol, prolactina e trofinas placentárias. Dessa forma, algumas gestantes que já apresentem alguma predisposição podem desenvolver hiperglicemia. Além disso, a membrana placentária por meio de enzimas favorece a degradação da insulina, fator que para ser compensado demandaria maior liberação insulínica pelo pâncreas, a incapacidade das células beta em suprir essa demanda pode favorecer a ocorrência de DMG. A hiperglicemia materna têm muitas consequências sobre o feto, o qual automaticamente se torna hiperglicêmico, podendo haver variadas complicações fetais e neonatais tais como macrosomia fetal, poliúria fetal com polidrâmnio que pode desencadear rotura membranas prematura e prematuridade, síndrome de desconforto respiratório neonatal por atraso na maturação pulmonar, hipóxia fetal, icterícia neonatal, kernicterus, trombose de veia renal, entre outros. Existem variados parâmetros utilizados para diagnóstico de DMG, no entanto, o recomendado pela Sociedade Brasileira de Diabetes segue os critérios da OMS que estabelecem que a glicemia de jejum deve ser solicitada já na primeira consulta pré-natal e os valores encontrados determinam que caso seja ≥ 126 mg/dl a paciente possui diabetes mellitus pré-existente, caso seja ≥ 92 mg/dl e < 126 mg/dl tem-se diagnóstico de DMG e em caso de ser < 92 mg/dl é indicada reavaliação no segundo trimestre. O tratamento de DMG deve ter início com o estabelecimento de uma alimentação adequada com controle metabólico e prevenção de ganho de peso excessivo. Deve-se associar também a prática de exercícios físicos adequados a cada caso respeitando-se qualquer contraindicação. O tratamento medicamentoso tem como principal indicação a insulinoterapia com doses e tipo de insulina a depender de cada caso de hiperglicemia, sendo que, em casos especiais,

pode ser administrado metformina ou glibenclamida, no entanto, o uso desses fármacos deve ser feito com precaução e monitoração devido a possíveis riscos fetais. Em geral, as mulheres normalizam os níveis de glicemia nos primeiros dias do pós-parto, devendo haver reavaliação dos níveis glicêmicos e da necessidade de uso de insulina nessas pacientes. É fortemente recomendado o aleitamento materno por seus efeitos benéficos na redução do risco de desenvolvimento de DM2 após a gravidez. Em contrapartida, deve-se atentar para o uso de contraceptivos compostos de progestágenos que aumentam o risco de DM2. Tendo em vista a elevada incidência de DMG e as possíveis complicações maternas e fetais dessa condição, deve-se promover o conhecimento sobre este distúrbio de forma a capacitar os profissionais de saúde para realização de um diagnóstico precoce com consequente instalação do tratamento adequado a fim de promover a assistência necessária às gestantes acometidas durante pré-natal, parto e pós-parto.

DIAGNÓSTICO EM ODONTOLOGIA, UM PROCESSO DE FASES.

Daniela Freitas Medeiros, UCB, dfreitasmedeiros@gmail.com

Camilla do Vale Rodrigues; UCB.

Luciana Freitas Bezerra; UCB.

Rosangela Vieira de Andrade; UCB.

Eric Jacomino Franco; UCB.

Palavras-chave: Diagnóstico; Plano de tratamento; Reabilitação oral; Sistema estomatognático.

O Articulador Semi Ajustável (ASA) pode ser definido como um instrumento que reproduz tridimensionalmente a relação da maxila com a mandíbula tendo como referência a Articulação Temporomandibular com os discos articulares interpostos. É certo que a saúde começa pela boca. O Sistema Estomatognático está envolvido nas funções de digestão, fonação, respiração e deglutição. Cabe ao profissional de saúde analisar o sujeito que se apresenta e observar se paralelo a cada intervenção médica, previamente, este, não necessite de uma intervenção odontológica. Em Odontologia, a montagem em ASA é um método simples, rápido e eficaz de se fazer diagnóstico do Sistema Estomatognático. A relação cêntrica é uma posição de referência para se planejar trabalhos reabilitadores em Odontologia. É uma relação côndilo fossa mandibular do osso temporal em completa harmonia com o disco articular; reproduzível pelo equilíbrio fisiológico dos músculos de sustentação mandibular reproduzível em ASA. É certo que esta montagem é realizada com os modelos das arcadas dentárias dos pacientes. Para tanto, se faz necessário que para realização das impressões das arcadas, estas, estejam limpas e livres de doenças. É certo que em um primeiro momento, em fase de pré-diagnóstico, a placa bacteriana, o cálculo dentário, o cálculo sobre próteses, o esmalte desmineralizado, a dentina indicada para ser removida, os restos radiculares, os elementos dentários extruídos que ocupam espaços aéreos indesejados e hiperplasias. Estes efeitos de causas aparentes ou ainda não identificáveis devem ser removidas afim de que a montagem em ASA seja mais próxima possível dos verdadeiros componentes que apresentam saúde para exercer função com previsibilidade. Com a boca limpa, o paciente orientado sobre higiene bucal, motivado e entendendo a importância dos dentes no processo digestório. Próteses de diagnóstico são realizadas com intuito de finalizar a etapa do diagnóstico. Neste momento, avalia-se quanto que a relação causa/efeito, causou de dano ao Sistema Estomatognático. Neste momento se completa o diagnóstico avaliando se o paciente é receptivo, é indiferente, é cético ou histérico. A Articulações

Temporomandibulares, agora em função podem ser avaliadas para podermos classifica-las em posição de Relação Cêntrica ou Postura Cêntrica Adaptada. Que é aquela Articulação que tem algum tipo de dano, mais está estável e não requer intervenção. Vale salientar que a Odontologia reabilitadora atravessa uma fase de muita ciência e muita inovação. Os implantes dentários revolucionaram a reabilitação bucal. Porém, para a maioria dos brasileiros ainda é um tratamento muito oneroso. É importante o uso de prótese de diagnóstico para que o paciente sinta, entenda e compreenda a importância de investir em implantes dentários, uma vez que as próteses removíveis são causa de stress e sofrimento aos pacientes. Este trabalho vem alertar sobre a necessidade de três fases do tratamento odontológico: Fase 1, Adequação do Meio, Análise Oclusal e Prótese de Diagnóstico; Fase 2, Tratamento Final, com três orçamentos; Fase 3, Manutenção e Controle. Adotando estas fases, o Cirurgião-Dentista tem oportunidade de remover a doença, motivar o paciente, observar o Sistema em funcionamento e harmonia, para posteriormente propor um tratamento final dentro das condições financeiras do paciente.

DINÂMICO OU ISOMÉTRICO: QUAL MODELO DE TREINAMENTO É MAIS EFICIENTE EM RATOS WISTAR IDOSOS?

Alexsander José da Costa de Oliveira, Gustavo Neves de Souza Gomes, Thiago Santos Rosa, Milton Rocha Moraes, Rodrigo Vanerson Passos Neves

Palavras-Chave: Treinamento de Força; Força Muscular; Envelhecimento; Ratos Wistar.

O envelhecimento é um evento natural responsável por diversas alterações estruturais e fisiológicas no organismo, dentre essas alterações a diminuição da força muscular. No entanto, ainda não há na literatura, referências sobre o efeito crônico de diferentes tipos de treinamento de força em Ratos Wistar Idosos (RWI), dinâmico e isométrico. Foram utilizados 15 Ratos Wistar com 49 semanas de vida, que foram divididos em três grupos: Controle (GC n=5), Treinamento de Força Dinâmico (TFD n=5) e Treinamento de Força Isométrico (TFI n=5). O TFD foi submetido ao protocolo de treinamento em escada vertical, realizando oito séries de 1 minuto de subida constante, enquanto o TFI realizava oito séries de 1 minuto em isometria e descanso de 2 minutos entre as séries, três vezes por semana. Semanalmente foi avaliado o peso corporal (PC). E a máxima carga carregada (MCC) a cada 15 dias durante 18 semanas de treino. Durante todo o protocolo experimental foi observado o mesmo comportamento do PC entre os grupos ($P > 0,05$). Os grupos TFD e TFI aumentaram a força muscular (MCC) ao longo do treinamento em comparação ao período pré-treinamento (basal) e também relação ao GC ($P < 0,05$). Esses dados indicam que tanto o TFD como o TFI são eficientes em promover ganho na força muscular dinâmica em roedores idosos. Dessa forma, futuros estudos são importantes para desvendar se esse fenômeno pode ocorrer também em pessoas idosas.

EFEITOS DO CONSUMO EXCESSIVO DE AÇÚCAR SOBRE O DESEMPENHO COGNITIVO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Valéria Pereira Ramos; Caroline Olímpio Romeiro de Meneses.

valeriaramos_96@hotmail.com

Universidade Católica de Brasília – UCB - Águas Claras, Brasília – DF – Brasil

Palavras-chave: Açúcar. Cognição. Desempenho cognitivo. Mídia e comportamento alimentar.

O açúcar é um ingrediente culinário intensamente palatável e com isso transmite sensação de prazer ao ser consumido, gerando um ciclo vicioso, semelhante ao uso de drogas. O vício alimentar gera consequente consumo excessivo da ingestão de açúcar, causado pela necessidade de suprir a abstenção do produto, caracterizando hábitos alimentares inadequados. O objetivo deste estudo foi verificar por meio de revisão da literatura científica os efeitos do consumo excessivo de açúcar na dieta, com foco nos aspectos cognitivos e de aprendizagem. A metodologia utilizada para a revisão de literatura foi realizada através de artigos científicos em língua portuguesa e inglesa, dos quais foram obtidos pelas bases de dados LILACS®, Bireme®, MEDLINE®, PubMed® e SciELO®, compreendendo publicações do período de 2007 a 2017. O excessivo consumo de açúcar pode desencadear diversas situações metabólicas originárias de Doenças Crônicas não Transmissíveis, como obesidade e diabetes. As mudanças no padrão alimentar da população em geral são as principais causas destas doenças. O aumento no consumo de açúcares e industrializados associados à baixa ingestão de frutas e verduras podem explicar os quadros de excesso de peso, obesidade e diabetes na sociedade. A obesidade pode causar quadros de resistência à insulina semelhantes ao mecanismo desenvolvido pelo Diabetes Mellitus, levando a um estado hiperglicêmico. Dos resultados encontrados, podemos citar um estudo que analisou a relação entre o desempenho escolar e o estado nutricional de 59 crianças estudantes do 4º ano do ensino fundamental de uma escola pública em Belo Horizonte. Utilizou-se como metodologia a aplicação de teste de desempenho escolar e avaliação de Índice de Massa Corporal por idade. As crianças classificadas como acima do peso, apresentaram piores resultados nas tarefas de escrita e aritmética. Outro estudo buscou investigar a aprendizagem e a memória em indivíduos com sobrepeso e obesidade. Foram realizadas duas experiências, a primeira contendo 49 participantes e a segunda, 36 participantes. Os resultados obtidos foram que a memória de trabalho e aprendizagem estão comprometidos em indivíduos com

sobrepeso e obesidade. Concluimos que, indivíduos que realizam ingestão excessiva e desordenada de açúcar, seja ela de adição ou embutido em produtos alimentícios, de forma habitual, possuem prejuízo no desempenho cognitivo. Tal fato pode ocorrer também em indivíduos obesos e portadores de diabetes, que possuem hiperglicemia semelhante ao consumo abusivo de açúcar.

EFEITOS HIPOTENSORES EM MULHERES HIPERTENSAS SUBMETIDAS A EXERCÍCIOS BASEADOS NO MÉTODO PILATES

Laís Macedo Gomes da Nóbrega, Universidade Católica de Brasília, laismgnobrega@gmail.com,
Isabella da Silva Almeida, Universidade Católica de Brasília, Isabela_bell001@hotmail.com,
Letícia de Souza Andrade, Universidade Católica de Brasília, lefisioucb@gmail.com,
Verusca Najara de Carvalho Cunha Rodrigues, Universidade Católica de Brasília,
verusca.rodrigues@ucb.br,
Yomara Lima Mota, Universidade Católica de Brasília, yomara@ucb.br

Palavras-chave: Pilates Solo. Hipotensão Pós Exercício. Hipertensão Arterial Sistêmica.

Introdução: O método Pilates (MP) é uma modalidade de exercício que promove melhora da força muscular, postura e flexibilidade. No entanto, há escassez de estudos a respeito de seus benefícios como tratamento não farmacológico para a população hipertensa.

Objetivo: O objetivo desse estudo foi comparar os efeitos hipotensores de uma sessão de exercícios baseada no MP solo com repouso ativo e de uma sessão do MP solo tradicional em mulheres hipertensas sedentárias.

Materiais e métodos: Participaram do estudo quatorze mulheres hipertensas ($49,78 \pm 4,9$ anos) sedentárias que foram submetidas a três sessões de familiarização no MP e duas sessões de coleta em dias distintos. As voluntárias foram alocadas de forma não aleatória em dois grupos: grupo Pilates tradicional, que receberam apenas exercícios baseados no MP e grupo Pilates modificado, que realizaram os exercícios baseados no MP alternado com períodos de repouso ativo em cicloergometro com 35 a 45% da frequência cardíaca de reserva previamente determinada pela realização de teste ergométrico. Em ambas as sessões as voluntárias permaneciam em repouso por 20 minutos para aferição da pressão arterial (PA) e então executavam a sessão de exercícios Pilates tradicional ou Pilates modificado, as voluntárias também realizaram uma sessão controle que consistia em permanecer em repouso sentada. A PA foi monitorada imediatamente após a sessão e aos 15, 30, 45, 60, 75, 90, 105 e 120 min de recuperação pós-exercício.

Resultados e discussão: ANOVA one way para medidas repetidas não evidenciou hipotensão pós exercício de pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial diastólica (PAD) após as três sessões ($p > 0,05$) durante todos os momentos de recuperação, não havendo diferenças significativas entre os grupos e intra-grupo.

Conclusão: Nenhuma diferença para os valores de PA durante os períodos de recuperação foi observada durante as sessões de Pilates com repouso ativo e Pilates tradicional com relação ao controle sugerindo que o MP não potencializa o efeito hipotensor pós-exercício.

Palavras Chaves: Pilates Solo. Hipotensão Pós-Exercício. Hipertensão Arterial Sistêmica.

EQUIDADE REVERSA NAS POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL: UMA REVISÃO DA LITERATURA.

Maicon Alves De Sousa; Guilherme Máximo Xavier

Desde a sua criação, com a nova Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) melhorou diversos indicadores epidemiológicos e, especialmente com a Política Nacional de Saúde Bucal (Programa Brasil Sorridente), de 2003, aperfeiçoou também diversos índices odontológicos e permitiu que grupos desfavorecidos socioeconomicamente pudessem usufruir do atendimento odontológico na prerrogativa da universalização e da integralidade em saúde bucal. O Programa Brasil Sorridente é a principal iniciativa odontológica que contribui de forma significativa à população que não pode pagar por um procedimento na rede privada; contudo, o sistema precisa de ajustes para melhorar. Algumas políticas foram tomadas sem estratégia e permitiram a “lei da equidade inversa”, beneficiando os que menos precisam e colocando os mais humildes a mercê, isto é, grupos com melhor condição socioeconômica absorvem antes e com mais intensidade as políticas públicas de saúde bucal. As regiões mais ricas do Brasil são beneficiadas causando a desigualdade inter-regional em Odontologia. Utilizamos o índice de cobertura da fluoretação da água de abastecimento público e os indicadores dos procedimentos relacionados aos implantes osteointegrados, como exemplos de políticas em que as regiões menos favorecidas não apresentam indicadores de saúde tão adequados quanto às regiões mais ricas do país. Este trabalho tem como objetivo principal realizar uma revisão da literatura sobre a temática e propor uma crítica positiva, para que ajustes possam sejam realizados nas políticas que visam à equidade em saúde bucal, especialmente.

ESTUDO DAS PROPRIEDADES QUÍMICAS E FARMACOCINÉTICAS DO ATENOLOL E DO PROPRANOLOL E A PROPOSIÇÃO DE UM NOVO BETA-BLOQUEADOR

Calebe Ferreira Duarte, calebe.ferreiraduarte@gmail.com; Laís Flávia Nunes Lemes

Os β -bloqueadores adrenérgicos inibem as respostas cronotrópicas, inotrópicas e vasoconstritoras nos receptores β -adrenérgicos. Existem diferentes tipos de receptores β : β_1 , β_2 e β_3 . A ativação dos receptores β_1 leva o aumento do débito cardíaco, por aumento da frequência cardíaca e do volume ejetado em cada batimento (aumento da fração de ejeção); Liberação de renina nas células justaglomerulares; Lipólise do tecido adiposo, portanto fármacos que atuam bloqueando esses receptores são importantes no tratamento de doenças cardiovasculares. Por muito tempo havia disponível para o tratamento de doenças cardíacas o propranolol, um β bloqueador não seletivo, este antagoniza, tanto os receptores β_1 , quanto os receptores β_2 , porém o bloqueio deste último receptor leva um efeito adverso preocupante, pois o bloqueio deste receptor impede o relaxamento da musculatura lisa, principalmente nos brônquios, causando broncoconstrição, por esse motivo a indústria farmacêutica criou os β bloqueador β bloqueador seletivos a β_1 , diminuindo assim algum dos efeitos adversos, que antes apareciam em β bloqueador não seletivos Este experimento tem como objetivo estudar as propriedades químicas e cinéticas do propranolol, β -bloqueador não seletivo, e do atenolol, um cardiosseletivo que tem afinidade pelos receptores β_1 , e a partir dessas propriedades e das interações químicas feita por eles propor um novo β -bloqueador. Foi feito através do programa *Spartan* os desenhos das moléculas de atenolol e propranolol e os cálculos da energia, momento dipolo, volume, PSA, distância e do átomo de N presente em cada fármaco, e a partir dos resultados obtidos, foi desenhado um novo β -bloqueador através do programa *Jchempaint* e feito os mesmos cálculos anteriores através do programa *Spartan*. Através dos dados obtidos foi construída uma molécula híbrida, com uma estrutura parecida com o propranolol por este ser mais enérgico, porém com regiões polares, como o atenolol, tornando este novo fármaco um β_1 bloqueador. Os receptores β_1 e β_2 foram essenciais para a construção desse fármaco, sendo a polaridade o fator essencial para tornar este fármaco seletivo. A criação de uma nova molécula é importante para pensar em como solucionar problemas gerados por um fármaco, como reações adversas, ligações a outros receptores, intoxicação em alguns órgãos, entre outros problemas, tendo sempre como objetivo gerar benefícios maiores para a população, trazendo medicamentos mais seguros e que possuam eficácia, gerando mais qualidade de vida para aqueles que precisam.

ESTUDO SOBRE OS EVENTOS ADVERSOS OCORRIDOS NA EXTUBAÇÃO NÃO PROGRAMADA E FALHA EM UMA UTI NEONATAL DO DF

Cássia Costa Santos; UCB, cassia.sant3@gmail.com

Elisangela Alves Santos; UCB.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Evento adverso. Gerenciamento de Segurança. UTI Neonatal. Extubação.

Introdução: A segurança é considerada uma dimensão da qualidade, é um elemento importante do cuidado em saúde no sentido de oferecer uma assistência segura, o que reduz os riscos de danos desnecessários associados à assistência em saúde. O Programa Nacional de Segurança do Paciente reconhece que não se pode sistematizar a assistência em saúde sem presumir que os profissionais venham a falhar, pois o erro é da essência humana. Considera-se que o ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é propício para a ocorrência do erro devido à alta complexidade do cuidado. Neste ambiente o uso da ventilação mecânica é comum e a maior preocupação são as complicações causadas durante o processo de extubação, onde pode ocorrer falhas e extubação acidental. **Objetivos:** Identificar a frequência de Eventos Adversos (EA) na extubação de neonatos ocorridos na UTIN; delinear o perfil dos recém-nascidos internados que tiveram EA relacionados a ventilação mecânica; Descrever os fatores de risco e as possíveis causas de EA na extubação; Estabelecer a relação entre a categoria de profissionais e notificação de eventos adversos.

Metodologia: Estudo quantitativo e descritivo. Coleta de dados secundários realizada por meio dos registros em prontuários eletrônicos a partir de EA notificados no Sistema de Notificação de Incidentes de um hospital público do Distrito Federal do Brasil, do período de 2014 a 2016. Os resultados foram tabulados no Microsoft Excel e analisados no IBM SPSS com estatística descritiva.

Resultados: Dos EA notificados relacionados a Ventilação Mecânica (VM) 88,9% foram de extubação acidental. As principais causas destes EA foram: falha na fixação do TOT (25%), secreção no TOT (25%), tentativa de extubação sem sucesso (25%) e procedimento no leito (21,4%). Nas condutas pós extubação a reintubação foi a escolha em 79,2%. Nos desfechos da internação, 78,8% tiveram alta e 21,2% foram a óbito. A principal causa de internação foi a prematuridade (62,6%). Dentre os RN avaliados desde o início de sua hospitalização até o término

da mesma, 38,2% tiveram tempo de internação maior ou igual a 100 dias. Os enfermeiros foram os que mais notificaram (83,2%).

Conclusão: Os RN acometidos são caracterizados em sua maioria pela prematuridade, e extremo baixo peso, com tempo médio de permanência de 72 dias, que demonstram alta vulnerabilidade a EA. Entre as complicações pós-extubação estão as manifestações respiratórias como apneia, taquipnéia, desconforto respiratório e queda da saturação. Observou-se que é necessário o planejamento de ações para melhorar o sistema de notificação de EA do hospital, o estímulo a notificação por familiares, a capacitação da equipe para melhorar as práticas, prevenir novas EA e aperfeiçoar a metodologia de notificação pelos profissionais.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Evento adverso. Gerenciamento de Segurança. UTI neonatal. Extubação.

Referência:

SANTOS, Cássia Costa; SANTOS, Elisangela Alves. **Estudo sobre os eventos adversos ocorridos na extubação não programada e falha em uma UTI neonatal do DF.** Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade Católica de Brasília. Brasília, DF, 2017. P 46.

EVENTOS ADVERSOS MAIS COMUNS DA VACINA PENTAVALENTE SOB A ÓTICA DAS MÃES

Nathália Oliveira Martins; Aline Alves Machado; Dêner Batista Neves

Palavras-chave: Eventos adversos. pentavalente. vacina.

A presente pesquisa foi intitulada como eventos adversos mais comuns da vacina pentavalente sob a ótica das mães e tem como questão norteadora deste estudo saber quais são os eventos adversos mais comuns da vacina pentavalente sob a ótica dessas mães cadastradas em uma estratégia saúde da família (ESF) de Unaí-MG? O estudo tem como objetivo geral descrever os eventos adversos mais comuns da vacina pentavalente sob a ótica das mães. Para que este objetivo fosse alcançado, foi necessário a construção dos objetivos específicos que consistiram em estudar a farmacovigilância no contexto do Programa Nacional de Imunização (PNI); descrever a função e as características da vacina pentavalente e identificar quais os efeitos adversos mais comuns desta vacina. Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativa, descritiva e exploratória que foi realizada na ESF do bairro Jacilândia de Unaí-MG, no dia 24 de setembro de 2016, sendo entrevistadas 5 mães de crianças, entre 6 meses a 1 ano de idade cadastradas nesta unidade. O estudo evidenciou que as orientações pré-vacinação são uma prática cotidiana realizada pelos profissionais de saúde da unidade, ressaltando que todos os profissionais demonstraram conhecimento sobre a vacina pentavalente e a importância das orientações para as mães sobre possíveis eventos adversos da vacina pós-imunização, e também nos permitiu identificar que os eventos adversos mais comuns sob ótica das mães entrevistadas foram febre, choro, irritabilidade e dor no local da aplicação. Dessa forma, pode-se concluir que o trabalho alcançou seus objetivos e descreveu de forma clara e objetiva a vacina pentavalente, bem como sua farmacovigilância e eventos adversos de acordo com o PNI e também de acordo com a ótica das mães entrevistadas. Espera-se que o presente estudo possa contribuir para que todos possam entender a importância do profissional de saúde como educador na sala de vacina, o quanto as orientações são relevantes para as mães e/ou familiares, informando sobre a vacina que vai ser administrada na criança, sua finalidade, quais seus possíveis eventos adversos e as condutas que podem ser adotadas pelas mães em caso de reação adversa da vacina.

"EXERCISE IS MEDICINE": OS EFEITOS DA MUSCULAÇÃO NA SARCOPENIA, UM ESTUDO EXPERIMENTAL!

Rafael Emídio da Costa¹; Alexsander José da Costa de Oliveira²; Thiago dos Santos Rosa³; Rodrigo V. Passos Neves^{2,3}; Milton Rocha Moraes³

1. Curso de Medicina Universidade Católica de Brasília-UCB; 2. Curso de Educação Física Faculdade Estácio; 3. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Educação Física-UCB

Introdução: O envelhecimento é um processo natural de diminuição progressiva das reservas funcionais dos indivíduos. Embora seja fisiológico, existem alterações neurológicas, cardíacas e motoras que alteram a qualidade e autonomia de vida do idoso. As alterações motoras estão associadas à diminuição das fibras neuromusculares e a perda da força física, tornando o idoso suscetível a quedas, fraturas ósseas e a desabilidade física. A sarcopenia é definida como a redução da massa muscular esquelética com redução do desempenho físico. As principais formas de tratamento e prevenção para sarcopenia condiz ao exercício, nutrição adequada e aporte de vitamina D. O treinamento de força (TF), popularmente conhecido como musculação, pode gerar estímulos à síntese de novos filamentos musculares, aumento no recrutamento neural e o controle dos níveis hormonais, proporcionando ganho de massa e força muscular nos idosos. O objetivo do estudo foi verificar o efeito do TF nos parâmetros neuromusculares em um modelo animal de envelhecimento.

Materiais e métodos: Foram selecionados 10 ratos *Wistar* com 49 semanas de idade. Os animais foram randomizados em 2 grupos com 5 animais em cada: grupo controle (CTL) e grupo treinamento de força (TF). Dois dias após adaptação ao TF iniciaram-se às sessões, 3 vezes por semana em dias não-consecutivos, 8 séries de escaladas ininterruptas durante 1 min, com uma sobrecarga de 30% da máxima carga carregada (MCC), durante 12 semanas. O tamanho da escada induziu os animais realizarem 8-12 movimentos dinâmicos por subida, com 2 min de pausa entre as séries. Os animais do grupo CTL não realizaram nenhum tipo de treinamento.

Resultados e Discussão: No nosso estudo os ratos idosos foram capazes de atenuar o processo de sarcopenia com um modelo de exercício contra uma resistência, utilizando carga com pesos acoplados à cauda, mimetizando os benefícios do TF em idosos humanos. Portanto, é provável que o TF possa ser um adjuvante não farmacológico, atenuando os efeitos deletérios do processo natural de envelhecimento, bem como, em patologias que gerem perda da força muscular.

Palavras-Chave: Envelhecimento; Sarcopenia; Exercício; Força

FATORES ASSOCIADOS À AUTOMEDICAÇÃO DE ANTIDEPRESSIVOS POR ENFERMEIROS E A TERAPIA ALTERNATIVA

Trevisan; Thayná Teles de Brito; Figueiredo Carvalho.

Resumo

O artigo objetiva destacar fatores predisponentes à automedicação de drogas antidepressivas por enfermeiros atuantes. A metodologia utilizada no presente artigo é de ordem qualitativa, o método é o descritivo e a técnica a revisão de literatura. O artigo salienta as consequências e os malefícios que o uso indiscriminado dessas substâncias causam aos profissionais de enfermagem. Ante o contexto de automedicação, após leituras procurou-se identificar alguma matriz psicológica que não propõe intervenção medicamentosa. Nesse sentido, destaca-se a logoterapia como proposta alternativa não medicamentosa para descontinuar o processo de automedicação. Destaca-se a necessidade de estudos sobre o tema proposto, pois, muitas vezes, é subnotificado como sendo uma prática comum entre esses profissionais, o que acarreta danos à saúde pessoal, o que pode levar a falhas no processo do cuidado com os pacientes enfermos. Acreditando que a instituição à qual o enfermeiro está inserido tem papel fundamental na qualidade e no bem-estar do trabalhador, sugere-se trabalhos motivacionais e acompanhamento da saúde do profissional, bem como o estudo de terapias alternativas como a logoterapia.

Palavras-Chave: Automedicação; Enfermagem; Logoterapia; Drogas antidepressivas.

HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA: FISIOPATOLOGIA E AS PRINCIPAIS CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS

Rafael Emídio da Costa¹; Francisco Caetano Rosa Neto¹; Camila Luz Costa¹; Izabela Luíza de Souza Vieira¹; Demétrio Gonçalves da Silva Gomes²

1. Curso de Medicina Universidade Católica de Brasília-UCB; 2. Professor titular departamento de Ginecologia da Universidade Católica de Brasília-UCB

A Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC) é uma síndrome de herança autossômica recessiva que contempla inúmeros erros inatos do metabolismo esteroide adrenocortical com implicações clínicas importantes, além de ser responsável pela principal causa dos distúrbios da diferenciação sexual em recém-nascidos do sexo feminino. A fisiopatologia condiz a atividade reduzida ou ausente das enzimas responsáveis pela síntese do cortisol a partir do colesterol na glândula adrenal, em especial a 21-alfa-hidroxilase. O déficit de cortisol, através dos mecanismos de feedback a nível hipotalâmico e hipofisário, gera aumento dos níveis do Hormônio adenocorticotrófico (ACTH) encarregada pela Hiperplasia e hipertrofia da glândula supra-renal. Assim, na falta da enzima 21-Alfa-hidroxilase ocorre a elevação dos precursores químicos do cortisol (17 α -hidroprogesterona e progesterona) e, ainda, há o estímulo da via de produção dos androgênios (DHEA, androstenediona e testosterona). A 17-OH-Progesterona é um androgênio importante e está aumentada na maioria das formas de HAC, sendo responsável pela virilização da genitália e pelo hiperandrogênismo, caracterizando a forma clássica virilizante simples. Outro problema ocorre quando há deficiência associada de mineralocorticoide, pois além da presença de genitália ambígua no sexo feminino, pode resultar em uma síndrome grave denominada forma clássica perdedora de sal definida como a falta de aldosterona que clinicamente cursa com hiponatremia, hipercalemia, acidose metabólica e desidratação capazes de levar o paciente ao óbito. A forma não clássica da HAC se manifesta de forma tardia e atenuada, apresentando sintomas hiperandrogênicos: alopecia, acne, hirsutismo e distúrbios do ciclo menstrual. O diagnóstico de triagem ocorre através da dosagem dos níveis da 17-OH-Progesterona, sendo complementada pelo teste com o estímulo de ACTH na forma não clássica. O tratamento clínico é importante e deve seguir ao longo da vida do paciente. Deve-se repor o corticoide, geralmente a prednisolona, afim de se inibir o excesso de ACTH e reduzir os níveis excessivos de androgênios. Ademais, recomenda-se aos pacientes da forma clássica a reposição de mineralocorticoide, como por exemplo a Fludrocortisona. Nos recém-nascidos com

perda de sal deve-se oferecer cloreto de sódio na dosagem de 1 a 2 g/ dia até que eles sejam capazes de controlar a sua dieta. Em situações de ambiguidade de genitália, a avaliação cirúrgica é discutida individualmente. Apesar do avanço terapêutico e do diagnóstico precoce de HAC, a qualidade de vida ainda é baixa nestes pacientes devido às alterações metabólicas, na fertilidade e a necessidade de utilização crônica de glicocorticoides, o que faz do apoio psicoterápico um instrumento essencial no decorrer de sua vida. Por fim, a hiperplasia adrenal congênita é um distúrbio grave e frequente sendo importante causa dos distúrbios de diferenciação sexual ao nascimento que podem levar os portadores desse erro metabólico ao óbito por crises de perda de sal e desidratação.

Palavras-Chave: Adrenal; Corticóide; Virilização; Hiperandrogenismo

IMPACTO DA DIETA VEGETARIANA ESTRITA NA SAÚDE DOS ADEPTOS DESTE ESTILO DE VIDA: UM ESTUDO DE REVISÃO.

Allany dos Santos Virissimo, Universidade Católica de Brasília, allanyvirissimo@gmail.com

Iama Marta de Araújo Soares, Universidade Católica de Brasília, iamasoares@yahoo.com

Marcus Vinícius Vasconcelos Cerqueira, Universidade Católica de Brasília

Cristine Savi Fontanive, Universidade Católica de Brasília, cristinesavi@gmail.com

RESUMO

Nas últimas décadas a transição dos padrões de saúde e doenças abalou certezas, reformou conceitos e evoluiu para importantes mudanças de paradigmas. É crescente a busca por uma dieta que diminua o risco de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Para alcançar níveis de qualidade de vida e de longevidade há maneiras variadas de se relacionar com o alimento. Assim, a “dieta ideal” inclui a preocupação com a procedência do alimento, o que os condiciona a uma particular ideologia voltada à comida; surgindo a opção por dietas vegetarianas. Nesse sentido, o presente estudo de revisão objetivou identificar os possíveis impactos que este *modus vivendi* pode causar à saúde quando a alimentação é vegetariana estrita. Como resultados foram encontrados benefícios pela boa quantidade de fibras alimentares e baixa ingestão de gordura saturada e colesterol. Com relação aos pontos negativos se destacaram a baixa ingestão de algumas vitaminas e minerais, dos quais vitaminas D e B12; cálcio, ferro e zinco, além da insuficiência de ácido graxo ômega-3. Estudos sugerem que para a garantia de uma vida saudável ao vegetariano estrito é de extrema importância o acompanhamento de equipe multiprofissional e a utilização de guias alimentares para que o vegetariano faça escolhas e composições alimentares adequadas às suas necessidades. Todavia, em algumas situações se faz necessário recorrer à suplementação alimentar. Conclui-se que se bem planejada e orientada, em termos nutricionais, a alimentação vegetariana é apropriada a todos os estágios do desenvolvimento humano, inclusive para a prática esportiva.

INCIDÊNCIA DE LESÕES EM MEMBRO INFERIOR DE CORREDORES INICIANTE E RECREATIVOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Isabella da Silva Almeida, Universidade Católica de Brasília, Isabela_bel1001@hotmail.com,

Alyne do Carmo Amorim, Universidade Católica de Brasília, alyneamorim36@gmail.com,

Laís Macedo Gomes da Nóbrega, Universidade Católica de Brasília, laismgnobrega@gmail.com,

Allan Keyser de Souza Raimundo, Keyserallan@gmail.com,

Yomara Lima Mota, Universidade Católica de Brasília, yomara@ucb.br,

Introdução: A busca por um estilo de vida saudável tem levado cada vez mais as pessoas a praticarem esportes, entre eles a corrida se destaca por ser uma modalidade fácil e de baixo custo. Apesar dos benefícios a saúde corredores geralmente relatam um alto índice de lesões no sistema musculoesquelético.

Objetivo: O propósito desse estudo, foi investigar, por meio de uma revisão de literatura, a incidência de lesões de membros inferiores em corredores iniciantes e recreativos.

Metodologia: Foi realizada pesquisa nas bases de dados Medline, PEDro, SciELO, Pubmed e Biblioteca Cochrane, utilizando os descritores novice runners, injuries in runners, recreational runners e seus equivalentes em inglês. Foram excluídos os artigos publicados em ano inferior a 2008, que não fosse da língua inglesa, cuja amostra não fosse composta por corredores iniciantes ou recreativos, artigos com múltiplas intervenções e cujo objetivo da intervenção não fosse relacionado a lesões de membro inferior.

Resultados: Foram encontrados 161 estudos, destes apenas 12 foram incluídos para análise (8 a respeito de corredores iniciantes e 4 a respeito de corredores recreativos). Foi verificado que a incidência geral de lesões em membros inferiores varia de 7,47% a 84,9% em corredores iniciantes e de 22% a 55% em corredores recreativos. O sítio de lesão mais prevalente foi o joelho. Alguns autores relatam que a falta de experiência no esporte, lesão prévia e índice de massa corporal elevado podem estar relacionados a um maior índice de lesão.

Conclusão: A presente revisão bibliográfica verificou que a incidência de lesão em membros inferiores de corredores iniciantes e recreativos é alta e que o sítio de lesão mais comum é joelho, tal fato indica que essa população merece maior atenção a fim de minimizar a ocorrência de lesões. Entretanto a heterogeneidade dos estudos demonstra a importância de mais pesquisas científicas na área.

Palavras-chaves: Corredores iniciantes. Lesões em corredores. Corrida. Corredores recreativos.

Influência da gordura corporal na velocidade da marcha de idosos octogenários

Guioberto Carvalho; Raphael Mafra

Universidade Católica de Brasília (UCB), guiobertocaetano@gmail.com

O envelhecimento é um processo fisiológico natural de todo ser humano e durante este processo são observadas alterações na composição corporal e na funcionalidade dos indivíduos. Estudos indicam que o aumento de gordura corporal pode ser uma das causas pelas quais ocorre um decréscimo na velocidade da marcha, comprometendo a funcionalidade do idoso. Assim, o objetivo deste estudo foi verificar a influência da gordura corporal na velocidade da marcha de idosos octogenários. Participaram do estudo 97 idosos, sendo 62 mulheres ($84,3 \pm 3,6$ anos; $151,8 \pm 6,0$ cm; $60,2 \pm 11,8$ kg; $26,1 \pm 4,8$ kg/m²) e 35 homens ($83,4 \pm 3,6$ anos; $163,9 \pm 7,3$ cm; $70,0 \pm 10,1$ kg; $26,1 \pm 3,6$ kg/m²). A gordura corporal foi obtida por meio da Absortometria de Raio X de Dupla Energia (AXDE) e os testes de marcha foram feitos em percurso de 4,6 metros, em superfície plana e com saída lançada (início em movimento). Todos os testes foram realizados no Laboratório de Avaliação Física e Treinamento (LAFIT) da Universidade Católica de Brasília (UCB). A correlação entre a gordura corporal e a velocidade de marcha dos idosos foi analisada por meio do coeficiente de Pearson. Os resultados foram considerados significativos quando $p < 0,05$.

Tabela 1. Gordura corporal e velocidade de marcha em idosos (Média $\pm$ DP).

	Gordura (kg)	Marcha (s)	Pearson (r)	Correlação
Mulheres	$22,2 \pm 8,3$	$6,25 \pm 2,3$	-0,05393 *	Ínfima negativa
Homens	$18,1 \pm 6,4$	$4,79 \pm 1,5$	0,04986 *	Ínfima positiva

DP = desvio padrão. * $p < 0,05$

A relação entre a gordura corporal e a velocidade de marcha encontrada foi ínfima negativa nas mulheres ($r = -0,05393$) e ínfima positiva nos homens ($r = 0,04986$). Os resultados demonstraram que a gordura corporal não influenciou a velocidade da marcha dos idosos octogenários e, apesar de estudos apontarem que a elevada quantidade de gordura pode afetar a funcionalidade do idoso, não foi possível observar tal influência na amostra avaliada.

Palavras-chave: Envelhecimento, gordura corporal, funcionalidade, octogenários.

INTERFERENTES EM ANÁLISES BIOQUÍMICAS: ELABORAÇÃO DE QUADRO INFORMATIVO EM ÁREA TÉCNICA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DO DF.

Barbhara Helena Calaço do Nascimento; Douglas Araújo dos Santos Albernaz;
Simone Cruz Longatti.

Introdução: Um laboratório regional do Distrito Federal executa normalmente 42.675 análises bioquímicas por mês. O serviço cobre os postos da região e os setores de atendimento do hospital. É eventual o recebimento de amostras hemolisadas, lipêmicas, ictéricas e o difícil acesso para aquisição de amostras de alguns pacientes limita a obtenção de tubos, que podem não atender as exigências padrão para cada análise (anticoagulante inadequado). Os responsáveis técnicos pelo setor reconheceram a necessidade de ter à disposição um quadro que contenha as informações pertinentes para o manejo adequado das amostras com interferentes, quando possível, direcionado especificamente para cada análise bioquímica e sua respectiva metodologia utilizada no laboratório. Foi realizada uma busca de artigos nas bases de dados eletrônicas Portal da Capes e BioMed Central, utilizando os descritores: interferentes, hemólise e anticoagulantes, publicados entre 2013 e 2017. Foram incluídos na pesquisa livros que abordam o tema e as bulas dos reagentes utilizados na rotina do laboratório. O objetivo do estudo é otimizar o tempo de trabalho melhorando a qualidade e a confiabilidade dos resultados liberados e diminuir os pedidos de coleta visando a promoção da saúde e conforto do paciente.

Desenvolvimento: A amostra padrão utilizada para as análises bioquímicas neste laboratório é o soro, idealmente citada pela literatura para a dosagem da maioria dos parâmetros bioquímicos, com exceção da glicemia, em que recomenda-se utilizar plasma fluoretado. A heparina é o anticoagulante mais recomendado na bibliografia quando a amostra de escolha for plasma por causar menos alterações nas dosagens; é eficaz em baixas concentrações e utilizado também para terapia anticoagulante. Entretanto os tubos disponíveis para coleta nos locais que o serviço atende são para obtenção de soro ou com EDTA, portanto, na falta da amostra ideal, saber quais dosagens não são interferidas por este anticoagulante é de grande valia. As dosagens de fosfatase alcalina, cálcio, ferro, sódio e potássio sofrem a ação do EDTA. A literatura relata a inibição da enzima CK por ação do EDTA e a bula do reagente para a dosagem de CK não descreve restrições a este anticoagulante. Entretanto a bula do reagente para dosagem da fração MB de CK oferece a opção do uso de EDTA para a obtenção do plasma para a análise. As concentrações máximas sem causar interferência de bilirrubina, hemólise e triglicerídeos foram relatadas para cada teste, bem como o

processamento para eliminar interferentes, quando disponível, e os demais elementos de distorção conhecidos para cada parâmetro.

Conclusão: Um dos objetivos principais do profissional da saúde é a promoção da saúde visando o benefício da sociedade. Planejar estratégias que melhorem a qualidade do serviço oferecido minimizando erros e maximizando o aproveitamento do material disponível é uma atribuição do profissional responsável, tal como a execução destas estratégias pelos profissionais de saúde envolvidos no setor. A elaboração deste quadro propiciou aos funcionários do setor de bioquímica uma ferramenta de pesquisa rápida, efetiva e confiável na rotina laboratorial quanto ao manejo adequado das amostras com interferentes recebidas pelo laboratório.

Palavras Chave: Interferentes. Bioquímica clínica. Hemólise. Lipemia. Bilirrubinemia. Anticoagulante.

INTOXICAÇÕES EXÓGENAS EM MENORES DE 15 ANOS NOTIFICADAS AO CENTRO DE INFORMAÇÕES TOXICOLÓGICAS DE GOIÁS

Gabriel Fonseca de Oliveira Costa, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, gabrielfoc93@gmail.com
Henrique do Carmo Rodrigues, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, henriquecarmoo@hotmail.com
Cristina Aparecida Borges Pereira Laval, Universidade Federal de Goiás,
claval@terra.com.br
Lucas Avelino Gomes de Oliveira, Pontifícia Universidade Católica de Goiás,
lucasavelino579@hotmail.com
Giselle Miranda Vinhadelli, Universidade Católica de Brasília, gisellevinhadelli@hotmail.com

Palavras-chave: Toxicologia Goiás. Acidentes exógenos. Epidemiologia.

Objetivo: Delinear o perfil epidemiológico da população de crianças e adolescentes à intoxicação exógena (IE) no período de Julho de 2014 à Junho de 2015 que foram notificadas ao Centro de Informações Toxicológicas de Goiás (CIT-GO), por meio dos dados demográficos, agente causal, exposição, circunstância e desfecho. Adicionalmente, avaliar a completude no preenchimento da Ficha de Investigação e Atendimento Toxicológico do CIT-GO.

Materiais e métodos: O presente trabalho consiste em um estudo epidemiológico transversal, retrospectivo. A população estudada foram crianças e adolescentes, entre 0 a 15 anos de idade, expostas a intoxicações exógenas notificadas ao CIT-GO no período de Julho de 2014 à Junho de 2015. A identificação, caracterização e coleta dos dados para o estudo foram realizadas através dos arquivos do CIT-GO por meio das Fichas de Investigação e Atendimento Toxicológico. Os dados foram compilados através do software Microsoft Excel 2010 e posteriormente os dados foram analisados através do pacote estatístico EpiInfo versão 7.2.1.0, para apresentação dos resultados. Este trabalho foi realizado tendo a Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Goiás como Instituição co-participante. Os dados coletados foram dados secundários, portanto com dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi submetido ao Comitê de Ética no dia 03 de agosto de 2016 e aprovado sobre o número CAAE 58717716.2.0000.0037.

Resultados: Houveram 592 notificações de IE na faixa etária proposta. O estado com o maior número de notificações foi Goiás, seguido pelo Distrito Federal. Observou-se também predominância de IE no sexo feminino 55,6%. Dentre as faixas etárias mais acometidas tivemos a de 2 a 4 anos com 55,2% dos casos, seguidos por 10 a 14 anos com 18,1%.

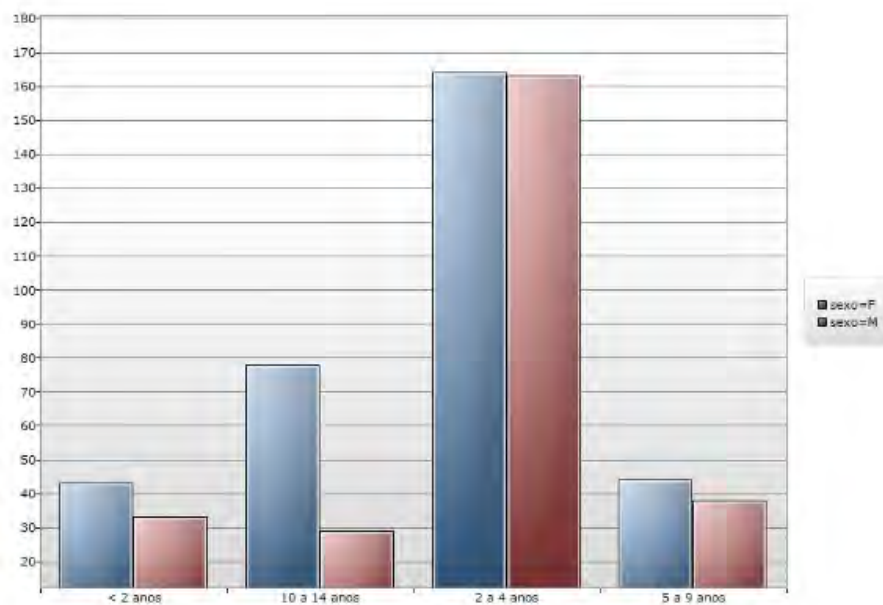


Figura 1. Gráfico de faixa etária estratificada por sexo.

É relevante o número de notificações em que a variável raça não foi preenchida (18,1%). Notadamente a via digestiva/oral foi a mais relevante com 97,1% dos casos. As circunstâncias envolvidas na exposição mais observadas foram o acidente individual (74%) e a tentativa de suicídio (10,5%). A maioria dos casos teve como classificação final, a intoxicação leve (65,2%).

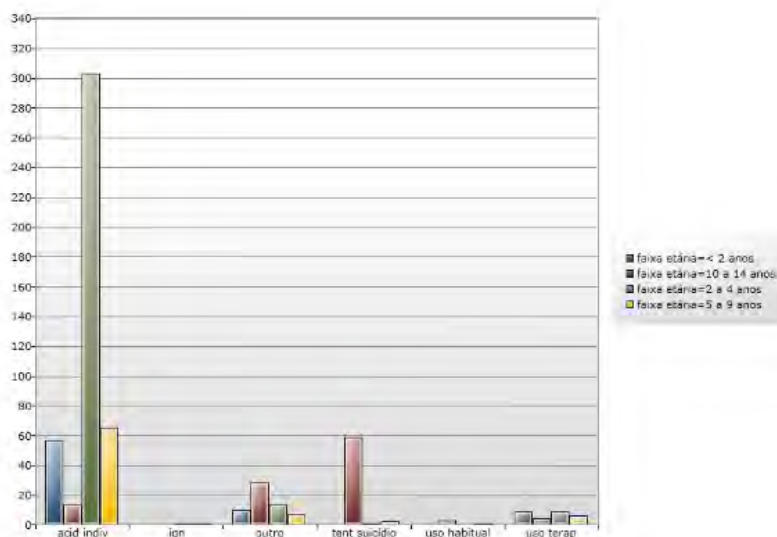


Figura 4. Circunstância estratificada por faixa etária

A análise estratificada demonstrou que o acidente individual foi o mais prevalente na faixa etária entre 2 a 4 anos (303 casos) e a tentativa de suicídio na faixa etária de 10 a 14 anos (59 dos 62

casos). O predomínio do sexo feminino foi mais expressivo nas tentativas de suicídio (53 dos 62 casos) e nos acidentes individuais (226 dos 438 casos).

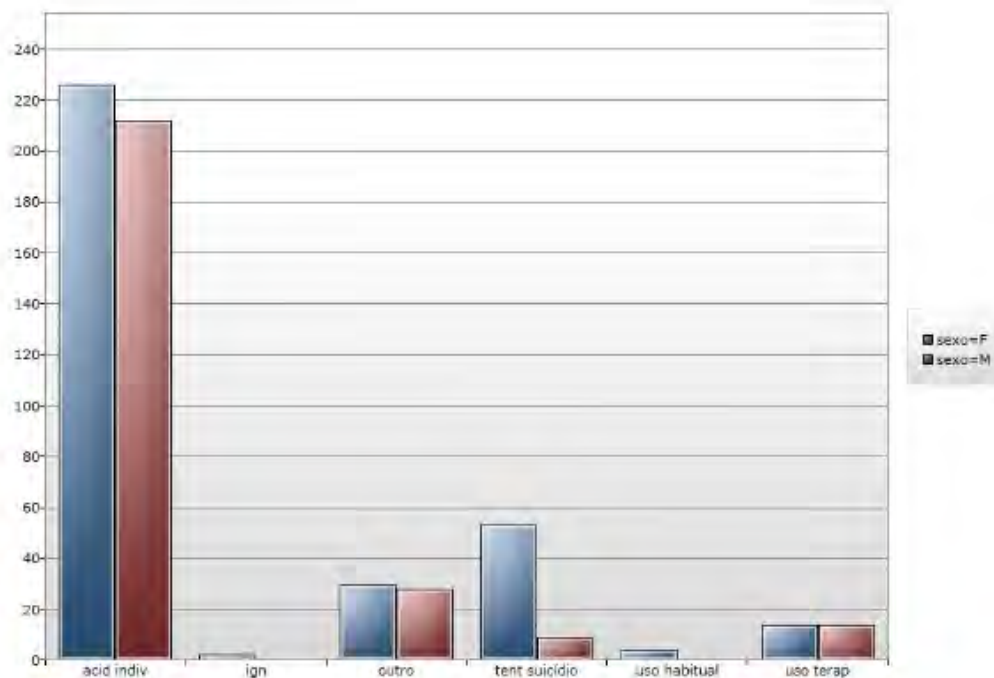


Figura 5. Circunstância estratificada por sexo

Conclusões: Os resultados corroboram que a IE, sobretudo a medicamentosa, em crianças, constitui um sério problema de saúde pública. A Convenção sobre os Direitos da Criança e do Adolescente do Brasil assegura o conhecimento dos princípios básicos de saúde e prevenção de acidentes a toda a sociedade. Assim, ações mais frequentes e amplas visando a sua prevenção são necessárias para a redução da morbimortalidade relacionada a este agravo. Deve-se mencionar também, a importância do reconhecimento de casos, objetivando uma busca rápida de ajuda do profissional de saúde e da notificação e solicitação de apoio aos Centros de Informações Toxicológicas (CITs).

Referências

- 1- Filócomo FRF, Harada MJCS, Silva CV, Pedreira MLG. Estudo dos acidentes na infância em um pronto socorro pediátrico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2002;10(1):41-7.
- 2- Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Glossário de definições legais. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/>. Acesso em: 10/03/2016

- 3- Rios, D. P. et al. Tentativa de suicídio com o uso de medicamentos registrados pelo CIT-GO nos anos de 2003 e 2004. Revista Eletrônica de Farmácia, Goiânia, v. 2, n. 1, p. 6-14, 2005.
- 4-SINITOX (Brasil). Fio Cruz. Casos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico e Faixa Etária. 2012. Disponível em: <http://sinitox.iciet.fiocruz.br/dados-de-agentes-toxicos>
- 5- SINITOX (Brasil). Fio Cruz. Casos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico e Faixa Etária. 2012. Disponível em: <http://sinitox.iciet.fiocruz.br/dados-de-agentes-toxicos>. Acesso em: 20/04/2016
- 6- SINITOX (Brasil). Fio Cruz. Casos, Óbitos e Letalidade de Intoxicação Humana por Agente e por Região. Brasil. 2012. Disponível em: <http://sinitox.iciet.fiocruz.br/dados-de-agentes-toxicos>. Acesso em: 20/04/2016

INVESTIGAÇÃO DE ÊMESE E DISPEPSIA POR CINTILOGRAFIAS DE ESVAZIAMENTO GÁSTRICO

Camila de Oliveira Parreira, Universidade Católica de Brasília, camila.oparreira@gmail.com

Noemi Vilela dos Anjos Barbosa Vieira, Universidade Católica de Brasília, vilelanoemi@gmail.com

Fernanda Sousa Nascimento, Universidade Católica de Brasília, fsnascimento89@yahoo.com.br

Cejana de Mello Campos, Universidade Católica de Brasília, cejanaucb@yahoo.com.br

Osvaldo Sampaio Netto, Universidade Católica de Brasília, osvaldo@ucb.br

Palavras-chave: Medicina nuclear. Gastroenterologia. Saúde da criança.

Introdução

A cintilografia é o estudo padrão ouro para avaliação do trânsito gástrico (Malmud LS, 1990) e é uma das técnicas que se presta a identificar, caracterizar e estabelecer possíveis correlações fisiopatológicas, sendo também efetiva para testar a eficiência de uma terapêutica medicamentosa ou cirúrgica. As diversas técnicas que avaliam o esvaziamento gástrico visam definir, a partir de um conteúdo gástrico inicial de valor conhecido, a taxa de eliminação desse conteúdo pelo estômago. Dentre essas técnicas, incluem-se a radiológica, a cintilográfica, a ressonância magnética, a ultrassonografia, a tomografia de impedância, dentre outras (Horowitz M, 1994). Em geral, o esvaziamento gástrico sólido se correlaciona diretamente ao padrão de esvaziamento gástrico líquido (Sachdeva P, 2011; Heyman S, 1998), no entanto, neste estudo, não houve concordância dos achados.

Material e métodos

Relatamos caso de paciente masculino, 6 anos de idade, em investigação de quadro de gastroparesia, vômitos frequentes e pirose. As hipóteses de alergias, intolerâncias alimentares e refluxo gastroesofágico foram descartadas, e acrescenta-se que o paciente não tem história de diabetes.

Resultados e Discussão

Encaminhado à clínica de Medicina Nuclear para avaliação com Cintilografias de Pesquisa de Esvaziamento gástrico, e o estudo de esvaziamento gástrico sólido evidenciou tempos normais, com padrão de curva de eliminação característico. No entanto, o estudo de esvaziamento gástrico líquido

revelou tempo aumentado, no total de 79 minutos (normal de 20 a 40 minutos). Estes achados, frente às queixas do paciente, são inespecíficos e inconclusivos. Optou-se então por dieta com restrição de líquidos, doces e refrigerantes, sem uso de medicamentos, tendo o paciente evoluído com melhora satisfatória dos sintomas, com redução significativa dos episódios de êmese.

Conclusões

Nesse caso observou-se um padrão alterado apenas no esvaziamento gástrico líquido; o médico assistente optou por recomendação apenas na dieta do paciente e o mesmo tem evoluído de forma satisfatória. Essas duas técnicas de exame demonstram a possibilidade de avaliar o esvaziamento gástrico sólido e líquido de forma separada e possibilitar adaptação a dieta do paciente.

Referências bibliográficas

1. Heyman, S. Gastric emptying in children. J Nucl Med 1998; 39:865-869.
2. Horowitz M, Dent J, Fraser R, Sun W, Hebbard G. Role and integration of mechanisms controlling gastric emptying. Dig Dis Sci 1994; 39(12 Suppl):7S–13S.
3. Malmud LS, Vitti RA. Gastric emptying. J Nucl Med 1990; 31:1499–1500.
4. Sachdeva P, Malhotra N, Pathikonda M. Gastric Emptying of Solids and Liquids for Evaluation for Gastroparesis. Dig Dis Sci 2011; 56:1138.

MÉTODOS EFICIENTES PARA A CORREÇÃO DE HÉRNIAS INGUINAIS

Beatriz Almeida Fernandes, Universidade Católica de Brasília, beatriz.af2408@gmail.com

Eryka Regina de Lima, Universidade Católica de Brasília, eryka0703@gmail.com

Débora Maria Neres de Almeida Souza, Universidade Católica de Brasília, deh.6@hotmail.com

Glycon Cardoso, Advogado, Médico e Professor, cirurgião geral da Secretaria de Saúde TJDF, professor universitário da Universidade Católica de Brasília, glycon@ucb.br

A incidência de hérnias inguinais é maior em indivíduos do sexo masculino que exercem trabalho manual exaustivo, e a forma predominante é a de hérnia inguinal indireta e unilateral, frequentemente localizada no lado direito do corpo desses indivíduos. A correção de hérnias inguinais se baseia no reparo cirúrgico da fraqueza na região onde ocorreu a protrusão. Dentre as técnicas existentes para a correção de hérnias inguinais, a de Lichtenstein (clássica) é a mais utilizada atualmente, porém a herniorrafia videolaparoscópica por via totalmente extraperitoneal vem crescendo. O estudo é composto por uma revisão de literatura e baseia-se em artigos publicados entre os anos de 2012 e 2017 que abordam a compreensão sobre a patologia, suas formas mais prevalentes e os métodos mais eficazes e seguros para sua correção. Foram pesquisados na base de dados do portal CAPES, usando os discriminantes: *hérnia inguinal*, *tratamento*, e foram excluídos os artigos não direcionados ao objetivo do trabalho. Desde de 1887, Bassini foi o cirurgião que revolucionou as técnicas cirúrgicas de correção de hérnias inguinais. O procedimento mais utilizado atualmente é o de Lichtenstein, que se baseia no reparo aberto e utiliza a fixação de tela de polipropileno para um reparo livre de tensão. Já a herniorrafia por videolaparoscopia vem ganhando destaque por causar menos dor e diminuir o tempo de recuperação da cirurgia de reparo. Desde que haja o mantimento do paciente na posição de Trendelenburg, no intuito de diminuir a pressão intra-abdominal, a herniorrafia inguinal totalmente extraperitoneal (TEP) é um procedimento seguro, durável e que não causa tensão. Ela reduz as dores pós-operatórias e encurta o tempo de recuperação, evitando, assim, consequências posteriores como dores crônicas e abordagens transabdominais. Com o desenvolvimento de uma maior variedade de malhas cirúrgicas, a correção da hérnia é feita por meio do uso de uma tela que aperfeiçoou a fixação da prótese na parede abdominal e melhorou os resultados pós-operatórios. O uso de telas de propileno com macroporos permite a infiltração de células de defesa, como macrófagos, e de fibroblastos e de fibras de colágeno no seu interior, além de favorecer a angiogênese. A prótese é posicionada além dos limites do triângulo de Hasselbach, corrigindo a musculatura abaulada. Em

relação à analgesia, o bloqueio dos nervos iliohipogástrico e ilioinguinal guiado por ultrassonografia em herniorrafias inguinais em adultos é mais eficaz e resulta em maior satisfação comparado à técnica de referências anatômicas, aumentando o sucesso do bloqueio e minimizando as complicações relacionadas a essa técnica, que diminui custos associados como o fator de risco para o desenvolvimento de dor crônica, o tempo de internação hospitalar e agiliza recuperação do paciente. Dessa forma, a técnica de Lichtenstein e a herniorrafia inguinal totalmente extraperitoneal por via laparoscópica são métodos eficazes para a correção e, aliadas à utilização de telas de propileno e ao bloqueio dos nervos iliohipogástrico e ilioinguinal guiado por ultrassonografia, resultam em mínima dor pós-operatória e a um baixo tempo cirúrgico.

MICROCEFALIA: UM RELATO DE CASO

Thais Reggiani Cintra, Universidade Católica de Brasília, thareggiani@hotmail.com

Vitória Maria Fulanette Corrêa, Universidade Católica de Brasília, vit_fulanette@hotmail.com

Ian Pagnussat, Universidade Católica de Brasília, ianp350@gmail.com

Mariana Pereira Lima, Universidade Católica de Brasília, marianalima29@hotmail.com

Miriam Oliveira dos Santos, Universidade Católica de Brasília, miriam.santos2008@gmail.com

As microcefalias constituem em um achado clínico e podem decorrer de anomalias congênitas ou ter origem após o parto. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a microcefalia é caracterizada pela medida do crânio realizada, pelo menos, 24 horas após o nascimento e dentro da primeira semana de vida, em que o Perímetro Cefálico (PC) apresente medida menor que menos dois desvios-padrões abaixo da média específica para o sexo e idade gestacional. As microcefalias têm etiologia complexa e multifatorial, envolvendo fatores genéticos e ambientais; dentre as causas congênitas as mais comuns são: Infecções por sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus (CMV), herpes simples, HIV ou outros vírus e por exposição a teratógenos como álcool, radiação e diabetes materna mal controlada. A microcefalia pode ser acompanhada de epilepsia, paralisia cerebral, retardo no desenvolvimento cognitivo, motor e da fala, além de problemas de visão e audição. Não há tratamento específico para a microcefalia, entretanto, existem ações de suporte que podem auxiliar no desenvolvimento do bebê e da criança, e este acompanhamento é preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Como cada criança desenvolve complicações que afetam distintas atividades, o acompanhamento por diferentes especialistas da área da saúde vai depender das funções que ficarem comprometidas. Todos os neonatos com microcefalia devem receber avaliação e acompanhamento regular durante a infância, incluindo: crescimento da cabeça, histórico da gestação, materno e familiar, avaliação de desenvolvimento, exames físicos e neurológicos, incluindo avaliação da audição e ocular para identificação de problemas. Para detecção de anormalidades estruturais do cérebro, a OMS recomenda que o exame de ultrassonografia transfontanela poderá ser realizado quando o tamanho da fontanela for suficiente para este procedimento. Filho de JSR, sexo feminino, nascido de parto normal. Apgar 9/10 com 2345g de peso, perímetro cefálico de 30,5cm, comprimento de 43,5cm e Capurro de 36 semanas e 6 dias. Classificado como recém-nascido (RN) pré-termo, pequeno para a idade gestacional, baixo peso e microcefálico. Tipo sanguíneo RN: AB + CD – (mãe: B +). RN ativo, reativo, corado, hidratado, eupneico, anictérico, acianótico, pé torto à esquerda. Sem outras alterações no exame físico.

Sorologias da mãe: Toxoplasmose IgG positivo; IgM negativo; CMV IgG positivo; IgM negativo, Doença de chagas, Hepatite B e C, HTLV, VDRL e HIV negativos. Teste do olhinho, ortolani e do coração: normais. Inicia-se pesquisa para CMV e Zica vírus no recém-nascido e rastreio de possíveis má formações, sem resultados até o envio do presente trabalho. É de extrema importância a todos os profissionais da saúde saberem como é feito o diagnóstico e quais as possíveis etiologias e complicações relacionadas a microcefalia, uma vez que o tratamento dessa patologia é multidisciplinar envolvendo médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, entre outros, a depender das necessidades de cada indivíduo. O caso apresentado demonstra a avaliação inicial do RN diagnosticado com microcefalia, assim como o início da investigação da sua etiologia, demonstrando uma rotina crescente devido ao aumento de casos nos últimos anos, mesmo sendo as causas etiológicas na sua maioria previsíveis.

MIOCARDIOPATIA SEPTAL HIPERTRÓFICA ASSIMÉTRICA: RELATO DE CASO

Giselle Miranda Vinhadelli, Universidade Católica de Brasília, gisellevinhadelli@hotmail.com

Rayane Ribeiro Braga, Universidade Católica de Brasília, rayane_rbraga@hotmail.com

Cibele Medeiros Reis, Itpac Porto Nacional, cibamr@hotmail.com

Gabriel Fonseca de Oliveira Costa, Pontifícia Universidade Católica de Goiás,
gabriel foc93@gmail.com

Material e Métodos: Os dados foram retirados do Hospital Regional de Porto Nacional (HRPN), através do prontuário do paciente D. S. G. As informações são referentes à anamnese, exame físico, exames complementares e prescrição dos medicamentos.

Resultados: Paciente, D. S. G., masculino, 43 anos, união estável, procedente de Porto Nacional – TO, procurou atendimento no HRPN com queixa de dispnéia aos esforços. Ao exame físico, PA 90X60 mmHg, bradicárdico, bulhas normorritmicas normofonéticas em dois tempos com sopro mitral. Foi solicitado como exame complementar um ECO. No retorno, ECO apresentou FE de 69%, hipertrofia septal assimétrica, cardiopatia hipertrófica. Foi prescrito Enalapril 5mg duas vezes ao dia. Em nova consulta, paciente retorna sem queixas cardíacas, PA 110X60 mmHg, tendo como conduta o pedido de RNM. No retorno, o resultado da RNM evidenciou áreas de fibrose miocárdica. Foi orientado que o paciente não realizasse esforço, solicitação do Holter e Teste ergométrico (TE). Ao retornar, paciente levou os exames nos quais apresentavam extra sístole supraventricular no Holter e Teste ergométrico positivo para isquemia. A conduta foi orientações gerais, manter a medicação em uso (Enalapril) e Cateterismo.

Conclusão: A cardiomiopatia hipertrófica (CMH) é uma doença miocárdica primária, caracterizada pela presença de hipertrofia ventricular, acometendo com maior prevalência o ventrículo esquerdo (VE), podendo ser este envolvimento simétrico (concêntrica) ou assimétrico (septal, medioventricular, apical, lateral e posterior). O quadro clínico é composto por dispnéia, angina e síncope. O diagnóstico é confirmado através do ECO. Esses dados confirmam o diagnóstico de CMH do paciente em questão.

MONITORAMENTO DA NBCAL EM ESTABELECIMENTOS COMERCIAIS NO DF

Lusiana Inacio Lopes, Universidade Católica de Brasília (lusianail@hotmail.com);
Cristine Savi Fontanive, Universidade Católica de Brasília (cristinesavi@gmail.com);
Caroline Olimpo Romeiro de Meneses, Universidade Católica de Brasília (cromeiro@ucb.br)
Patrícia Marques, Universidade Católica de Brasília (pmousa@ucb.br)

Palavras-Chave: Aleitamento materno. Introdução Alimentar. Industria de alimentos.

A Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde recomendam que crianças com até 6 meses de vida devem ser alimentadas exclusivamente com leite materno. Apesar dos avanços nos índices de amamentação exclusiva no mundo, vários fatores ainda contribuem para o insucesso ou interrupção da amamentação levando ao desmame precoce. Entre os fatores associados está a influência da propaganda de leites infantis modificados ou fórmulas, alimentos industrializados, leites integrais, farinhas ou cereais. Em razão disso e para proteger o aleitamento materno contra as pressões comerciais, o governo brasileiro criou a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância. Ela desempenha um papel crucial na proteção da amamentação contra as estratégias de marketing da indústria, foi baseada no Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, proposto pela Organização Mundial da Saúde em 1981. O presente trabalho tem como objetivo fazer um monitoramento em estabelecimentos comerciais, supermercados, farmácias e drogarias em Brasília-DF e cidades satélites. A pesquisa foi realizada no período de 05 a 23 de setembro 2017 em farmácias, drogarias e supermercados de Brasília-DF e em cidades satélites, perfazendo um total de 165 estabelecimentos comerciais. Observou-se que a maioria dos estabelecimentos não se adequaram ou relatam desconhecer as normas vigentes, percebe-se também que o descumprimento é mais frequente nas cidades satélites do que em Brasília. O resultado da pesquisa revelou que 96 (58,18%) estabelecimentos cometiam algum tipo infração. A mais constatada foi a ausência de frase de advertência: “O Ministério da Saúde informa: Após os seis meses de idade continuei amamentando seu filho e ofereça novos alimentos”. Esta frase é obrigatória na promoção comercial de alimentos de transição e alimentos à base de cereais indicados para lactentes ou crianças de primeira infância, bem como outros alimentos ou bebidas à base de leite ou não, quando comercializados. O descumprimento da “Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância” no cenário comercial é preocupante, sabe-se que esses fatores podem

influenciar as mães no momento da aquisição de alimento para seus filhos. Portanto as ações de monitoramento do “Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno” devem ser contínuas, é preciso que haja maior fiscalização, principalmente por parte dos órgãos responsáveis. Vale ressaltar que os profissionais de saúde, consumidores e toda a sociedade também devem assumir o compromisso de fiscalizar.

MORTALIDADE POR CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NO DISTRITO FEDERAL

Laís Ribeiro Vieira, Universidade Católica de Brasília, lais_ribeiro20@hotmail.com
Igor Diego Carrijo dos Santos, Universidade Católica de Brasília, igorcarrijo@gmail.com
Natália Mirelle Carrijo dos Santos, Universidade Federal de Goiás, nataliacarrijo@gmail.com
Kétuny da Silva Oliveira, Universidade Católica de Brasília, ketunyoliveira@gmail.com
Israel Guilharde Maynarde, Universidade Federal de Goiás, israelguilharde@gmail.com

Introdução:

O câncer do colo do útero é a terceira neoplasia maligna com maior incidência nas mulheres brasileiras. Esse câncer origina-se tanto do epitélio escamoso da ectocérvice como do epitélio escamoso colunar do canal cervical. Dentre as manifestações, a mais frequente é o carcinoma epidermóide, representando 90% dos casos, e o adenocarcinoma, 10%. O câncer de colo de útero foi responsável por 123 das 241 mortes por neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos em 2015 no Distrito Federal. Assim, o Ministério da Saúde, por intermédio do INCA, busca implantar e consolidar como rotina o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero no Sistema Único de Saúde – SUS a fim de minimizar esse quadro.

Desenvolvimento:

O câncer do colo do útero, também chamado de cervical, tem como principal causa a infecção persistente do Papilomavírus Humano – HPV. Essa ocorre com frequência, porém na maioria das vezes é autolimitada. Entretanto, em alguns casos, podem ocorrer alterações celulares que poderão evoluir para o câncer. Esta evolução se dá de forma lenta, passando por fases pré-clínicas que são passíveis de detecção e cura. Seu pico de incidência ocorre em mulheres de 40 a 60 anos de idade, e uma pequena parcela em menores de 30 anos. O diagnóstico baseia-se no exame ginecológico, na citopatologia (Papanicolau) sendo que este possibilita o diagnóstico precoce em 90% dos casos, colposcopia e biópsia. Apesar das altas taxas diagnósticas por métodos simples, essa doença ainda representa um problema de saúde pública devido sua alta taxa de mortalidade. No Distrito Federal (DF), em 2015, foram constatados 123 óbitos por câncer de colo de útero, 51 % do total de óbitos por neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos, sendo que, desses, estavam na faixa etária de 15 a 19 anos, 0,41%; entre 20 a 29 anos, 2,07%; 30 a 39 anos, 7,88%; 40 a 49 anos, 21,16%; 50 a 59 anos, 23,65%; 60 a 69 anos, 21,57%; 70 a 79 anos, 15,35%; 80 ou mais anos, 7,88%.

Considerações Finais:

A neoplasia de câncer de colo de útero consiste em um problema de saúde pública devido sua alta prevalência e taxa de mortalidade. Esses fatos mostram a necessidade de aprimoramento da atenção básica para maiores taxas de diagnóstico precoce que possibilite melhor prognóstico e, logo, diminuição da taxa de mortalidade que se concentra, no DF, na faixa etária de 50 a 59 anos e consiste em mais da metade dos casos de óbitos por neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos no DF.

MORTALIDADE MATERNA E HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO: UMA CORRELAÇÃO DE ALTO RISCO

Noemi Vilela dos Anjos Barbosa Vieira, Universidade Católica de Brasília, vilelanoemi@gmail.com

Camila de Oliveira Parreira, Universidade Católica de Brasília, camila.oparreira@gmail.com

Fernanda Sousa Nascimento, Universidade Católica de Brasília, fsnascimento89@yahoo.com.br

Parizza Ramos de Leu Sampaio, Universidade Católica de Brasília, parizza@ucb.br

Osvaldo Sampaio Netto, Universidade Católica de Brasília, osvaldo@ucb.br

Introdução: As síndromes hipertensivas da gravidez são classificadas em hipertensão crônica, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica e hipertensão gestacional sem proteinúria. Todas elas são consideradas como fatores de risco tanto para a mãe como para o feto. Para a mulher a hipertensão na gestação pode gerar alterações metabólicas e vasculares a longo prazo e para o feto está ligada à restrição do crescimento intrauterino, desenvolvimento de aterosclerose precoce e resistência à insulina.

Desenvolvimento: Entre os anos de 2000 e 2009 a eclâmpsia foi a segunda causa de morte materna (11, 88% do total) e a hipertensão gestacional a terceira causa (6, 22% do total), sendo que na região Norte a eclâmpsia foi a principal causa (16, 18%). Em toda a região sudeste do Brasil foi observado que a obesidade, gestação múltipla, histórico pessoal de eclâmpsia, diabetes, sobrepeso e primiparidade como principais fatores de risco para síndromes hipertensivas na gestação e o baixo peso como fator protetor. Com base nos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) no período de 2004 a 2007 houve 323 casos de morte materna, de forma aos maiores índices estarem correlacionados com causas obstétricas diretas cujas maiores incidências foram hipertensão e a hemorragia. A maior predisposição à hipertensão gestacional foi em mulheres de cor negra (35,3%). Entre 2006 e 2010, a partir de 383 notificações de mortalidade materna no Estado do Pará, identificou-se um predomínio da hipertensão (34,6%) como fator causal para a mortalidade da gestante. No Rio Grande do Sul entre 1999 e 2008, em um estudo ecológico, houve pouca oscilação nos números de mortalidade no decorrer dos anos, todavia o resultado apresentou valor superior ao preconizado pela OMS e as características para morte materna são idade superior a 30 anos, baixa escolaridade, e cor/raça branca. As causas listadas do óbito materno foram hipertensão arterial e hemorragia neste estado. Pelo fato de não haver melhora no indicador em tela, as políticas públicas de monitoramento e

assistência empregadas, como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, não estão sendo eficazes e têm gerado dados preocupantes no que tange um indicador básico de saúde.

Considerações finais: Uma vez que a hipertensão, assim como as síndromes correlacionadas são capazes de ocasionar morte em gestantes, o controle desta patologia torna-se primordial no período da gestação. Com base nos dados dos artigos analisados, pode-se perceber uma correlação de alto risco entre a hipertensão na gestação e a mortalidade materna de modo que devem ser instituídas medidas de saúde para melhor abranger estas situações.

MOVIMENTOS ANTIVACINA: CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

Camila Luz Costa – Universidade Católica de Brasília – camilaluzc@gmail.com,
Francisco Caetano Rosa Neto – Universidade Católica de Brasília – francisconeto1994@hotmail.com,
Rafael Emídio da Costa – Universidade Católica de Brasília – rafaelemidio18@gmail.com,
Thais Reggiani Cintra – Universidade Católica de Brasília – thareggiani@hotmail.com,
Demétrio Antônio Gonçalves da Silva Gomes – Universidade Católica de Brasília –
demetriogoncalves@gmail.com.

A primeira imunização foi em 1796 realizada pelo inglês Edward Jenner, denominada vacinação em referência a varíola da vaca, iniciou o uso de um instrumento imprescindível no combate de doenças imunopreveníveis, alterando a história da humanidade quanto a erradicação e controle de doenças capazes de dizimar populações. Com o seu sucesso, gerações atuais, incluindo médicos recém-formados, desconhecem a dimensão do impacto social, econômico e o número de óbitos que doenças, como a varíola, já geraram sobre a população mundial, levando à diminuição da percepção de risco e favorecendo a displicência e o descuido de pais quanto à regularidade na imunização de seus filhos. Recentemente, grupos reacionários contrários a prática de imunização têm sido responsáveis por surtos de doenças como sarampo e poliomielite, as quais já poderiam ter sido erradicadas, assim como a varíola, caso não houvesse estes pequenos grupos que se recusam vacinar sob argumentos quanto à segurança da vacina, religiosos ou não religiosos, como antroposóficos e quiropráticos. Os conflitos éticos, morais e culturais quanto ao caráter compulsório da vacinação giram entorno dos interesses individuais e coletivos. Até que ponto o Estado pode intervir na autonomia do indivíduo em prol de um bem comum social? O Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, título II – Do Programa Nacional de Imunizações e das Vacinações de Caráter Obrigatório – artigo 29 determina: “É dever de todo cidadão submeter-se e aos menores dos quais tenha a guarda ou responsabilidade à vacinação obrigatória”. Com exceção do Parágrafo único: “Só será dispensada da vacinação obrigatória a pessoa que apresentar atestado médico de contraindicação explícita da aplicação da vacina”. Atualmente, levando em consideração o contexto histórico desde a “Revolta da vacina”, em 1904, o que seria essencial no combate aos grupos contrários à vacinação não é o seu caráter obrigatório e estar sujeito a penalidades, mas sim melhorar a comunicação e esclarecimento sobre a importância da vacinação. A não vacinação é um risco não apenas individual, mas principalmente coletivo, pois a vacinação em massa leva ao “efeito rebanho”, ou seja, quanto maior o número de pessoas imunizada, menor chance de propagação da

doença, evitando, assim, surtos e epidemias. Entretanto, para alcançar esse êxito é preciso atingir uma meta de cobertura populacional. Os movimentos antivacinas, crescentes na classe média-alta brasileira, têm sido um obstáculo diante da redução da cobertura vacinal no país e o retorno de doenças antes controladas. O principal motivo que reforça essa atitude dos pais são informações equivocadas e pseudocientíficas quanto à vacina e seus efeitos adversos. Portanto, reitera-se que a principal forma de combatê-los se dá pelo conhecimento e esclarecimento. É primordial maior divulgação de informações com respaldo científico sobre as vacinas e seus efeitos adversos através dos profissionais da saúde e, principalmente, nos meios de comunicação e redes sociais, onde se encontra maior parte desses grupos antivacina. Salienta-se que a vacinação não é restrita a preservação de um interesse público, visando o bem coletivo, mas também a efetividade dos direitos adquiridos da criança e do adolescente.

Palavras-chave: Recusa de vacinas. Imunização. Efeito rebanho. Ética e vacinação.

NATAÇÃO PARA IDOSOS: UMA ESTUDO DOS COMPONENTES ANATÔMICOS ENVOLVIDOS*

Dhyemerson Rodrigues Neves¹⁵; Bruno Sousa Lopes¹⁶; Polyanne Junqueira Silva Andresen Strini¹⁷; Raphael Lopes Olegário¹⁸; Paulinne Junqueira Silva Andresen Strini¹⁹

Palavras-Chave: Anatomia, Idoso, Práticas Aquáticas, Extensão Comunitária.

A natação é uma das modalidades esportivas mais praticadas no mundo, sua procura é cada vez maior, entretanto pouco difundida para indivíduos da terceira idade. O estudo em questão tem por finalidade a promoção da saúde e divulgação da modalidade para idosos, além da análise dos principais movimentos, músculos e das articulações trabalhadas na sua realização. De acordo com a metodologia adotada, foi realizada uma apresentação pública, previamente divulgada em redes sociais, e demonstração de tipos de movimentos adaptados para a terceira idade em aulas ministradas pela equipe executora do projeto nas dependências da Faculdade de Educação Física e Dança da Universidade Federal de Goiás. Assim, foi capaz de incentivar sua prática e estimular a inclusão de mais participantes dessa faixa etária, contribuindo para a divulgação e promoção desta modalidade esportiva. Em adição, foi realizada uma palestra para o público a respeito dos benefícios da natação e influências no controle de doenças oportunistas. A partir disto, foram selecionados quatro educativos, com auxílio do software Athletic, realizados ao longo da execução das atividades dos participantes e uma análise anatômica foi apresentada. Os mesmos incluem nado com pegada dupla; nado com prancha; flutuação e submersão. Em seguida, foi realizada a análise fotográfica dos principais músculos e articulações envolvidos, possibilitando a identificação dos componentes anatômicos trabalhados. Pode-se dizer que a referida modalidade configura-se como um instrumento de trabalho para o profissional da Educação Física que, aliado ao estudo anatômico com recursos digitais, pode designar um conjunto de educativos mais eficazes para a promoção de saúde para grupos especiais. No entanto, nota-se uma escassez na literatura de artigos e revistas científicas preocupadas em discutir o assunto. Conclui-se que o presente estudo contribuiu para a

¹⁵*Resumo revisado pela Profa. Dra. Paulinne Junqueira Silva Andresen Strini, coordenadora do Projeto de Extensão “A Prática da Anatomia Humana na Rotina Estudantil e na Comunidade”, cadastrado sob o código PJ186-2017.

Instituto de Ciências Biológicas /UFG – e-mail: dhyemerson-gyn@hotmail.com;

¹⁶ Curso de Fisioterapia /UNIEURO – e-mail: brunoslopesfisio@gmail.com;

¹⁷ Curso de Medicina - Regional Jataí /UFG – e-mail: polyjsas@gmail.com;

¹⁸ Instituto de Ciências Biológicas /UFG – e-mail: mr.raphaelolegario@gmail.com;

¹⁹ Instituto de Ciências Biológicas /UFG – e-mail: paulinnejsas@gmail.com;

divulgação da modalidade para idosos e propagação do conhecimento anatômico para futuros estudos na área.

NEUROMODULAÇÃO AUTONÔMICA NO TRATAMENTO DA TEMPESTADE ELETRICA EM CARDIOPATIAS NAO ISQUEMICAS

Carolina Rassi da Cruz, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, carolinarassicruz@gmail.com

Gabriel Costa Monteiro, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, gabrielcosta.m@gmail.com

Lucas Avelino Gomes de Oliveira, Pontifícia Universidade Católica de Goiás,
lucasavelino579@hotmail.com

Gabriel Fonseca de Oliveira Costa, Pontifícia Universidade Católica de Goiás,
gabriel foc93@gmail.com

Giselle Miranda Vinhadelli, Universidade Católica de Brasília, gisellevinhadelli@hotmail.com

Este estudo é uma revisão da literatura especializada. Foram usadas as palavras chaves: arritmia, CDI, tempestade elétrica, denervação autonômica e tratamento. Os critérios de inclusão ao estudo são artigos que descrevem: a denervação simpática renal (DSR), a anestesia torácica epidural (TEA) e a denervação simpática cardíaca (DSC) para o tratamento das tempestades elétricas em portadores de CDI. Dentre as opções possíveis hoje, temos: anestesia torácica epidural (TEA), denervação simpática cardíaca (DSC) e denervação simpática renal (DSR). A TEA atua frente a fisiopatologia da TE aumentando o período refratário e lentificando a despolarização ventricular. Atualmente vem sendo utilizada com sucesso em casos de cardiopatia isquêmica com TE refratária a terapia medicamentosa como ponte até tratamento definitivo. A DSC esquerda vem mostrando benefícios frente a TE em pacientes com: síndrome do QT longo refratários a terapia medicamentosa otimizada e fibrilação ventricular polimórfica catecolaminérgica. Entretanto em pacientes com cardiomiopatia isquêmica, tanto a DSC esquerda, quanto a técnica bilateral tem mostrado poucos resultados a longo prazo. A DSR, utilizada principalmente em pacientes com quadros de hipertensão arterial de difícil controle, surge como uma possível opção de neuromodulação, entretanto ainda com poucos estudos frente a sua utilização em pacientes com TE. Apesar do uso da ablação guiada por cateter já estar bem estabelecida como tratamento de primeira linha para TE em pacientes com CDI e cardiopatia isquêmica, o tratamento de outras cardiomiopatias ainda não está bem definido, sendo a neuromodulação uma possível ferramenta futura para estes pacientes.

O CAMINHO PERCORRIDO POR PACIENTES ASMÁTICOS NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE DE TAGUATINGA-DF

Silva, Maria Karolina ¹; Ferreira, C.D¹; Medeiros, E.²

¹Estudante Universidade Católica de Brasília (UCB)

²Professor Universidade Católica de Brasília (UCB)

A asma é uma doença inflamatória crônica pulmonar que representa um problema na saúde pública do Brasil. Quando não controlada, a doença pode levar o desencadeamento de diversos sintomas como a tosse, sibilos e o cansaço, esses sintomas podem se agravar frente a vários fatores. O diagnóstico desta patologia é feito através da anamnese, exames físicos e avaliação funcional pulmonar. Sendo classificada conforme sua gravidade, podendo ser intermitente e persistente. O presente trabalho tem como objetivo, averiguar na prática como é feito o atendimento do paciente com crises asmáticas nos centros de saúde, comparando o procedimento realizado no Sistema Único de Saúde com o que é descrito na literatura.

Este é um trabalho de revisão que foi realizado por meio de uma visita à Unidade Básica de Saúde (UBS) número 5 de Taguatinga Sul e ao Hospital Regional de Taguatinga (HRT). Durante a visita à UBS foram obtidas informações com uma médica responsável pelo atendimento dos pacientes que lá chegam com queixas de falta de ar e tosse, e no HRT com o médico responsável pela área pediátrica devido ao fato de ser comum manifestações na infância.

Os pacientes ao chegarem na UBS, passa por procedimentos de triagem com o enfermeiro para analisar exames clínicos com fatores de risco como: histórico familiar, apresentam ou não dermatite de pele, ausculta pulmonar (para detecção de sibilos), após esse procedimento caso apresente crise, mas sem necessidade de oxigênio, a medicação é realizada na UBS. Serão encaminhados para o pronto socorro do HRT, pacientes sem melhora após a medicação ou se precisar de oxigênio com saturação baixa, <94% em ar ambiente, é feito um relatório médico com quadro clínico com procedimentos realizados anteriormente. Uma vez internado o paciente receberá o tratamento para crise, já na alta pacientes que apresentam crises frequentes necessitam de acompanhamento ambulatorial com o alergista ou pneumologista disponível na rede pública, esse encaminhamento retorna ao centro de saúde para serem inseridos na regulação. O diagnóstico é feito geralmente após 4 anos de idade, que é quando os pacientes conseguem fazer a espirometria, quando menores é difícil diagnosticar com clareza. As medicações para o controle, ou seja, para evitar de evoluir para

crises frequentes estão disponíveis no Sistema Único de Saúde e para aqueles com renda e possam adquirir por um preço acessível na farmácia popular.

Através deste trabalho pode-se concluir que como profissionais da saúde colaborar para a melhor conduta de tratamento do paciente é de suma importância, os centros de saúde juntamente com os hospitais regionais possuem atendimento adequado para ocorrências de crises emergenciais de asma, dando a devida assistência.

O EFEITO DO CONSUMO PROTEICO NA SECREÇÃO DE GLP-1

Tatiane Aparecida de Lima Vitor, Fernanda Bassan Lopes da Silva,

Fabiani Lage Rodrigues Beal, Maria Fernanda Castioni G. de Souza

Introdução: O Consumo de uma dieta rica em proteína proporciona uma maior perda de peso, além de retardar o tempo de esvaziamento gástrico, proporcionando assim, uma maior saciedade. As células intestinais produzem hormônios que agiram de forma orexígena ou anorexígena. O GLP-1, um neuropeptídeo anorexígeno, é secretado pelas células intestinais na presença de nutrientes no lúmen, após liberado o GLP-1 irá agir nas células β - pancreáticas estimulando a exocitose de insulina, auxiliando assim no controle dos níveis glicêmicos, além de agir no sistema nervoso central promovendo a saciedade. Assim, o objetivo desta revisão de literatura foi averiguar o potencial do consumo de proteína dietética em estimular a secreção de GLP-1 pelas células L. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de literatura na qual foram utilizadas as bases de dados pertencentes à Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América (PubMed). Para a pesquisa dos artigos, foram utilizados os termos "GLP-1" e "glucacon-like peptide-1" associado aos termos "dietary protein" e "diet". A partir da leitura do título e resumo, foram selecionados os artigos condizentes ao tema. Foram selecionados artigos originais nas línguas inglesa e portuguesa, publicados entre os anos 2000 e 2016, com pesquisas desenvolvidas em humanos. Foram selecionados 10 artigos randomizado, cruzado, sendo 3 simples cego e 2 duplo-cego. **Resultado e discussão:** Após avaliação dos estudos, foi possível verificar um aumento significativo na secreção de GLP-1 após refeições proteicas em relação aos valores basais. Foi constatado que uma dieta contendo proteína tem a capacidade de estimular a liberação de GLP-1 em seus primeiros minutos. Uma dieta com percentual elevado de proteína tem a capacidade de aumentar os níveis de GLP-1 inicialmente e por um longo do período de tempo pós-prandial em comparação aos demais nutrientes. Os estudos levaram em consideração além de diversas frações proteica, quantidade de proteína ingerida, também avaliaram a saciedade proporcionada em relação do aumento de GLP-1. **Conclusão:** O consumo de proteína dietética, assim como demais macronutrientes possui a capacidade de estimular a liberação de GLP-1 nos primeiros minutos pelas células-L intestinais e proporcionar uma maior saciedade. As evidências indicam que dietas e refeições hiperproteicas estimulam a secreção de GLP-1 de maneira superior á dietas hipoproteicas. Proteínas intactas parecem produzir maior estímulo e maior tempo de liberação do GLP-1, quando comparado a frações de hidrolisado,

assim como ter maior impacto sobre a saciedade e o controle do apetite. Os mecanismos pelo o qual a proteína age na estimulação e liberação de GLP-1, assim como na saciedade ainda não foram totalmente elucidados, necessitando assim de mais estudos que correlacione os mecanismos de ação e como a proteína age na saciedade.

Palavras-chave: GLP-1. Proteína. Dieta. Saciedade

O PERCURSO DO PACIENTE PORTADOR DE HEPATITE B NAS UNIDADES DE SAÚDE PÚBLICA DE TAGUATINGA-DF: DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO

Guimarães, Alana Ingrid Costa¹; Ferreira, A¹; Valina, K; Medeiros, E.²

¹Estudante Universidade Católica de Brasília (UCB);

²Professor Universidade Católica de Brasília (UCB)

A hepatite é uma doença que acomete o fígado, podendo ser causada por diferentes mecanismos, dentre eles, por agentes virais, tendo em comum o hepatotropismo, levando a uma inflamação do órgão. As hepatites do tipo A e E, possuem via de transmissão fecal-oral por contato inter-humano ou por meio de água e alimentos contaminados, já as do tipo B, C e D são de transmissão parenteral, sendo que a transmissão da Hepatite B pode ocorrer por meio da transmissão vertical e sexual, a mesma é considerada uma Doença Sexualmente Transmissível (DST). Para realização deste trabalho, fez-se uma visita à Unidade Básica de Saúde (UBS) número 4 de Taguatinga e ao Hospital Regional de Taguatinga (HRT). Durante a visita à UBS foram colhidas informações com um enfermeiro responsável pelo atendimento dos pacientes que lá chegam com suspeita de hepatite, e no HRT com o médico responsável pelo setor que acolhe os pacientes que lá chegam já acometidos. O trabalho em questão tem como objetivo demonstrar o caminho que o paciente com suspeita ou portador de hepatite deve seguir no Sistema Único de Saúde, desde sua chegada à Unidade Básica de Saúde até a Unidade Especializada. O tratamento da hepatite no SUS é realizado pelos três níveis assistenciais: o básico, o de média e o de alta complexidade. No que tange à atenção básica, esta se inicia pelas ações preventivas - através de vacinas - bem como acompanhamento dos pacientes, execução de testes de triagem e confirmatórios e até mesmo discussão da necessidade de tratamento do paciente. Já o nível de média complexidade é responsável por todas as atividades exercidas no nível básico e também por biópsias hepáticas. O nível de alta complexidade por sua vez é responsável pelos protocolos de pesquisa, e acompanhamento de pacientes em situações especiais (HIV, cirrose hepática e falha terapêutica). O paciente, uma vez que chega à UBS com suspeita de hepatite, passa pelos seguintes procedimentos: triagem clínica com o enfermeiro para avaliação dos sinais e sintomas que possam ser sugestivos para hepatite, além da realização de teste rápido de triagem. Em caso de teste reagente, uma amostra sanguínea do paciente é colhida e enviada ao Lacen (Laboratório Central) para confirmação do resultado mediante exames sorológicos, e em caso de novamente reagente, o Lacen comunica a UBS para que esta localize o paciente para iniciar o

tratamento. Uma vez comunicado, o paciente inicia então seu tratamento ainda da UBS, dependendo do seu grau de acometimento hepático. Caso seja um caso mais grave, que necessite de biópsia e um acompanhamento especial, o paciente é então encaminhado a um Centro de Referência, que é o Hospital Regional de Taguatinga - HRT. Através do presente trabalho pode-se concluir que o serviço de saúde público para tratamento de hepatite pode ser considerado adequado, abrangendo todos os níveis de atenção à saúde desde Centros de Saúde até o Centro Especializado, dando a devida assistência ao paciente em todos eles.

O TREINAMENTO COM PESO CORPORAL APLICADO PARA GRUPOS ESPECIAIS E OS COMPONENTES ANATÔMICOS ENVOLVIDOS*

Raphael Lopes Olegário²⁰; Bruno Sousa Lopes²¹; Polyanne Junqueira Silva Andresen Strini²²;
Paulinne Junqueira Silva Andresen Strini²³

Palavras-Chave: Anatomia, Atividade Física, Movimento, Musculação.

O Treinamento com Peso Corporal trabalha grupos musculares em conjunto, além de exercitarem capacidades diversas, como a coordenação motora, a força e a potência. No entanto, nota-se uma escassez na literatura de artigos, livros e revistas científicas preocupadas em discutir o assunto e um limitado conhecimento dos profissionais de educação física na sua realização. O estudo em questão tem por finalidade a divulgação do Treinamento com Peso Corporal para grupos especiais, além da análise dos principais movimentos, músculos e das articulações trabalhadas na sua realização. De acordo com a metodologia adotada, foi realizada uma apresentação pública e demonstração de movimentos com uso do peso corporal em uma aula ministrada pela equipe executora do projeto. Assim, foi capaz de incentivar sua prática e estimular a inclusão de mais participantes, contribuindo para a divulgação e promoção desta modalidade esportiva. A partir disto, foram selecionados três movimentos do Treinamento com Peso Corporal e uma análise anatômica foi apresentada. Os mesmos incluem adução e abdução dos membros inferiores e superiores; agachamento com rotação e agachamento livre com isometria. Em seguida, foi realizada a análise fotográfica dos principais músculos e articulações envolvidos, possibilitando a identificação dos componentes anatômicos trabalhados. Conclui-se que o presente estudo contribuiu para a divulgação de alguns movimentos realizados com peso corporal como uma prática que não necessita de instrumentos e aparelhos para a sua realização. Apesar das semelhanças com outras modalidades, suas características próprias são notórias. Por fim, pode-se dizer que a referida modalidade configura-se como um instrumento de trabalho para o profissional da Educação Física que, aliado ao estudo anatômico, pode designar um conjunto de exercícios mais eficazes para a promoção de saúde para grupos especiais.

²⁰*Resumo revisado pela Profa. Dra. Paulinne Junqueira Silva Andresen Strini, coordenadora do Projeto de Extensão “A Prática da Anatomia Humana na Rotina Estudantil e na Comunidade”, cadastrado sob o código PJ186-2017.

Instituto de Ciências Biológicas /UFG – e-mail: mr.rafaelolegario@gmail.com;

²¹ Curso de Fisioterapia /UNIEURO – e-mail: brunoslopesfisio@gmail.com;

²² Curso de Medicina - Regional Jataí /UFG – e-mail: polyjsas@gmail.com;

²³ Instituto de Ciências Biológicas /UFG – e-mail: paulinnejsas@gmail.com;

OBESIDADE METABOLICAMENTE ATIVA. UMA CONDIÇÃO INOFENSIVA? UMA REVISÃO DE LITERATURA.

Mylena Moraes - Universidade Católica de Brasília- mylena.nutri@gmail.com,

Tony Teixeira – Universidade Católica de Brasília - tony_teixeira_jr@hotmail.com,

Fabiani Beal – Universidade Católica de Brasília- fabianibeal@gmail.com.

Palavras-chave: Excesso de peso. Metabolismo. Transição.

Introdução: O excesso de tecido adiposo e obesidade tem sido o principal fator de atenção da saúde pública no século atual, afetando a qualidade de vida dos indivíduos. Todavia, há diferença entre os indivíduos obesos em relação aos transtornos metabólicos, sendo o subgrupo “Obesidade Metabolicamente Ativa” menos agressivo frente aos demais. Questiona-se se este subgrupo em questão no decorrer dos anos poderia desenvolver distúrbios metabólicos, ou, se o paciente necessitaria de tratamento, devido ao seu perfil metabólico regular. Na tentativa de esclarecer tal questionamento, buscou-se na literatura científica atual dados sobre os riscos a saúde desses indivíduos.

Desenvolvimento: A obesidade metabolicamente ativa apresenta-se ainda mais favorável diante de outras classificações de obesidade, mas não diante de indivíduos eutróficos. Os estudos de intervenções no estilo de vida avaliaram, a curto prazo, os efeitos dessa característica de obesidade na síndrome metabólica. Verificou-se que a resistência à insulina foi preditiva de mortalidade e doença coronariana em indivíduos não diabéticos, fazendo supor que os efeitos de uma intervenção de estilo de vida sobre esse mecanismo são importantes para a prevenção de doenças cardiovasculares.

Considerações finais: A obesidade metabolicamente ativa não é uma condição inofensiva frente aos distúrbios que podem ser manifestos no decorrer dos anos em uma população com dados antropométricos divergentes dos padrões e adequados. A intervenção no estilo de vida nesses pacientes faz-se necessária afim de uma transformação no quadro de obesidade e melhora na qualidade de vida. Assim, mais estudos com populações de diferentes faixas etárias precisam ser realizados para se verificar se realmente a obesidade metabolicamente ativa é uma condição nutricional menos inócua do que a Síndrome Metabólica.

PERFIL DAS DENÚNCIAS DE VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA REGISTRADA NO DISQUE 100 DE 2011 A 2015, BRASIL.

Lúcia de Medeiros Taveira

Maria Liz Cunha de Oliveira

Objetivo: Analisar o perfil das denúncias de violência contra os idosos registrados no Disque 100, entre os anos de 2011 - 2015.

Métodos: É um estudo descritivo, retrospectivo. A amostra composta por 130.164 denúncias do Disque 100. Para coleta de dados foi elaborado um roteiro contendo as seguintes variáveis: cidade, sexo, faixa etária, raça/cor, local que ocorre agressão, qual é o tipo da violência, qual a relação da vítima com o suspeito.

Resultado: O maior número de registro ocorreu na região Sudeste (42,2%), seguido de Nordeste (28,4%), Sul (14%), Centro-Oeste (8,4%) e Norte (6,7%). O perfil das possíveis vítimas denunciadas, foi idade entre 76 a 80 anos, com predominância feminina e de cor branca, sendo a família e os filhos como principais agressores. No que se refere aos tipos de violência, a negligência (68,9%) foi a mais recorrente, seguida da violência psicológica (26,1%) e abuso financeiro.

Conclusão: O Disque 100 é uma das ferramentas eficazes para romper o silêncio e a invisibilidade da violência contra os idosos, fornecendo um panorama de denúncias em nosso país.

Palavras-chave: Idoso. Violência. Denúncia. Disque 100. Maus-Tratos ao Idoso. Idoso Fragilizado.

PERFIL DE MORBIDADE E MORTALIDADE DAS INTERNAÇÕES POR DIARREIA EM CRIANÇAS NO CENTRO-OESTE.

Gabriella Thais Pereira Braga, Universidade Católica de Brasília, belela_thais@hotmail.com, João Carlos Geber Jr, geberjunior@gmail.com, Escola Superior de Ciências da Saúde, Pedro Márcio de Moura Costa, Universidade Católica de Brasília, pedro.moura.costa0205@gmail.com, Matheus Araujo Honorato, Universidade Católica de Brasília, arhosfly@hotmail.com, Gabriela Galdino Faria Barros, Hospital Santa Marcelina Itaquera, gabigaldino@me.com

Palavras chaves: Perfil Epidemiológico. Diarreia Infantil. Morbidade. Saúde Pública.

INTRODUÇÃO: A morbidade e a mortalidade associadas à diarreia aguda ainda constituem um grande desafio de Saúde Pública em países em desenvolvimento (MENEGUESSI et al., 2015). No Brasil foram notificados 33 milhões de casos entre os 2000 e 2011, com maior prevalência em menores de 1 ano de idade (MENEGUESSI et al., 2015). No mundo, ela é responsável por 1,5 milhões de mortes em crianças menores de cinco anos, figurando como a segunda causa de mortes nesta faixa etária (WHO, UNICEF; 2009). Entre os fatores de risco estão incluídos pobreza, desnutrição, falta de higiene e vulnerabilidades social e familiar (DAS; SALAM; BHUTTA, 2014). As diarreias de origem infecciosa podem ser causadas por vírus, bactérias e protozoários. É atual a ideia de que a busca da redução de mortes infantis requer a busca das principais causas de mortalidade e a diarreia responde por 10% de todas as mortes em menores de 5 anos. O objetivo do presente trabalho foi descrever o perfil epidemiológico hospitalar das internações por diarreia em crianças na região Centro-Oeste (CO).

MATERIAL E MÉTODOS: Trata-se de um estudo descritivo, ecológico, em série temporal a partir de dados obtidos no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde. Foram coletadas variáveis relativas à morbidade hospitalar por “diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível” compreendendo o código CID-10 A09 de pacientes com idade entre 0 e 14 anos no período de 2008 a 2016. Número de internações, valor total, valor médio por internação, média de permanência e taxa de mortalidade foram as variáveis analisadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: No período entre 2008 e 2016, foram registradas 66.368 internações – respondendo por 29,8% de algumas doenças infecciosas e parasitárias e a 4,9% de todas as internações no CO; com custo total de 23 milhões de reais. O valor médio por internação foi de R\$346,00 com média de permanência de 2,8 dias, sendo registrados 66 óbitos – taxa de

mortalidade de 0,1%. O estado do Goiás respondeu pelo maior percentual de internações (41%) e menor mortalidade (0,04%). Em comparação, o Mato Grosso do Sul teve a maior mortalidade (0,29%). Excluindo-se os dados ignorados, os regimes privado e público de internação responderam por 44% e 44%, respectivamente, sendo a taxa de mortalidade privado/público de 2,1. A relação masculino/feminino foi de 1,12. A faixa etária 0 – 9 anos concentrou 91% das internações respondendo, juntas, por 92% do custo total. Embora as últimas duas décadas tenham mostrado redução na mortalidade infantil, a incidência de diarreia está aquém das metas desejadas. Em 1990, a incidência era de três a quatro crianças por ano, diminuindo para 2,9 em 2010; dados refletidos em nosso estudo que mostrou a diminuição do número de internações. Ainda assim, a diarreia continua uma das causas mais comuns de internações hospitalares, com 1,7 milhões de episódios em 2011 dos quais 2% progrediram para doença severa (DAS; SALAM; BHUTTA, 2014), dados que refletem indiretamente neste estudo pela baixa mortalidade. É sabido que morbimortalidade por diarreia infantil tem relação com o baixo nível socioeconômico. Neste contexto, o Brasil, com suas dimensões continentais e diferenças sociais, reflete as disparidades regionais e interestaduais, expostas neste estudo pela taxa de mortalidade por estado. Um recente estudo sobre mortalidade diarreica específica de patógenos demonstrou que agentes como o rotavírus, o calicivírus, a *Escherichia coli* enteropatogênica e enterotoxigênica demonstrou que concentram mais de metade de todas as mortes por diarreia em crianças com idade menor que cinco anos. Este dado que pode guiar políticas de saúde em Atenção Primária em Saúde, com vistas à intensificação do programa de vacinação de crianças nesta faixa etária. Embora os resultados parciais sejam promissores, não há ainda produtos licenciados disponíveis - a despeito do contínuo desenvolvimento de vacinas para enteropatógenos (DAS; BHUTTA, 2016). A porta de entrada no sistema de serviços de saúde, na maioria das vezes, é o Pronto-Socorro, mesmo os casos de diarreia, geralmente serem simples e não-graves, assim não há uma entrada facilmente acessível, o que faz com que a atenção adequada não seja obtida ou adiada, incorrendo assim gastos adicionais (LOPES; VIEIRA-DA-SILVA; HARTZ, 2004).

CONCLUSÃO: O presente estudo mostra uma tendência decrescente no número de internações por diarreia infantil no CO em contraste com um custo total praticamente estável ao longo do período analisado. Há necessidade de fortalecer medidas de atenção à Saúde da Criança, com vistas à prevenção e tratamento precoce, prevenindo internações e complicações clínicas com conseqüente diminuição de gastos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

DAS, J. K.; BHUTTA, Z. A. Global challenges in acute diarrhea. **Current Opinion in**

Gastroenterology, v. 32, n. 1, p. 18–23, jan. 2016.

DAS, J. K.; SALAM, R. A.; BHUTTA, Z. A. Global burden of childhood diarrhea and interventions. **Current Opinion in Infectious Diseases**, v. 27, n. 5, p. 451–458, out. 2014.

MENEGUESSI, G. M. et al. Morbimortalidade por doenças diarreicas agudas em crianças menores de 10 anos no Distrito Federal, Brasil, 2003 a 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 4, p. 721–730, out. 2015.

The United Nations Children's Fund, World Health Organization. Diarrhoea: why children are still dying and what can be done. [Internet]. Geneva: WHO, UNICEF; 2009. 68 p. [citado 2017 outubro 20]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44174/1/9789241598415_eng.pdf

LOPES, Rosana Machado; VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria; HARTZ, Zulmira M. de Araújo. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S283-S297, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800022&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 out. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800022>.

PERFIL DOS PACIENTES INTERNADOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Carolina Rassi da Cruz, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, carolinarassicruz@gmail.com

Gabriel Costa Monteiro, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, gabrielcosta.m@gmail.com

Lucas Avelino Gomes de Oliveira, Pontifícia Universidade Católica de Goiás,
lucasavelino579@hotmail.com

Gabriel Fonseca de Oliveira Costa, Pontifícia Universidade Católica de Goiás,
gabriel foc93@gmail.com

Giselle Miranda Vinhadelli, Universidade Católica de Brasília, gisellevinhadelli@hotmail.com

Objetivos: Avaliar e correlacionar o perfil epidemiológico dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS) internados na enfermaria de clínica médica de um hospital universitário de Goiânia-GO.

Material e Método: Revisão de prontuário de duzentos e setenta pacientes internados entre agosto de 2016 a agosto de 2017. Estudo descritivo, correlacional no qual foi analisado, a partir da coleta de dado de prontuários, o perfil e o motivo da internação dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS). Os dados obtidos foram correlacionados com dados da literatura. As vantagens do estudo são: baixo custo e execução fácil e rápida. As desvantagens: depende da qualidade dos dados coletados e não testa hipóteses.

Resultados: A HAS não foi o motivo principal de nenhuma internação no período. Dos 270 pacientes, 107 (39,62%) apresentaram HAS diagnosticada previamente ou durante a internação, 42 do sexo feminino (36,84% das mulheres) e 65 do sexo masculino (69,89% dos homens). Por faixa etária (Número de Pacientes – Porcentagem): 18 a 24 anos de idade (0), 25 a 34 anos (02 – 1,86%), 35 a 44 anos (01 – 0,93%), 45 a 54 anos (07 – 6,54%), 55 a 64 anos (22 – 20,56%) e 65 ou mais anos (75 – 70,09%), média da idade de 69,52 anos. O motivo principal de internação de pacientes com HAS foi a insuficiência cardíaca descompensada. 31 de 59 pacientes com IC durante o período apresentavam hipertensão. 28 (26,16%) pacientes apresentavam concomitantemente diabetes melitus tipo dois, 04 (3,73%) obesidade e 32 (29,90%) tabagismo.

Conclusões: A prevalência encontrada foi maior do que na população geral (22,3% - Pesquisa Nacional de Saúde 2014) e nos sexos masculino (25,2% PNS 2014) e feminino (19,5% PNS 2014), pode ser consequência do perfil da amostra estudada. A maior prevalência em altas faixas etárias é um resultado esperado devido a associação direta entre o processo de envelhecimento e prevalência

da hipertensão. Houveram casos de insuficiência cardíaca com presença de hipertensão, sendo bem estabelecida na literatura a relação da HAS como causa da insuficiência cardíaca. Devido ao método do estudo não se pode testar essa associação.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER DE MAMA NO DISTRITO FEDERAL

Bárbara Valadão Junqueira¹, Bruna Serpa da Silva¹, Thalita Ramos Ribeiro¹, Jéssica Monique de Oliveira Toledo Linhares¹, Ana Vitória Campos Gomes¹.

¹*Universidade Católica de Brasília*

Introdução: O câncer de mama é a neoplasia maligna mais comum entre as mulheres no mundo, representando cerca de 12% de todos os casos novos de câncer e 25% dos cânceres em mulheres, sendo ainda a quinta causa de morte por câncer nas pacientes femininas. A campanha para o rastreamento do câncer de mama é feita a partir da mamografia, exame de rastreamento mais confiável para detectar câncer de mama. É possível identificar a alteração antes mesmo de ser identificada ao exame físico ou manifestar-se clinicamente.

Materiais e métodos: Consiste em um estudo epidemiológico quantitativo, descritivo e documental, a partir de artigos presentes nas bases de dados Scielo e PubMed entre os anos 1982 e 2016 e em bases de dados do INCA.

Discussão dos resultados: O câncer de mama é o principal tipo de câncer ginecológico nas mulheres no Brasil e em diversas regiões do mundo, apresentando alta taxa de mortalidade (TM). Seguindo esse padrão, o câncer de mama apresentou no DF a maior TM comparada com os outros 4 tipos de câncer mais comuns nessa região, tendo mortalidade média, nos últimos 20 anos de 14,7/100.000 habitantes, enquanto o câncer pulmonar apresentou mortalidade média de 8,5, o de colo do útero de 6,1, o de cólon 5,3 e o de ovário de 4,2. Além disso, a TM por câncer de mama no DF apresentou um aumento considerável nos últimos 20 anos, contrariando as médias mundiais. Em contrapartida, houve um aumento importante dos exames mamográficos realizados na região nos anos de 2009 a 2014, evidenciando que a provável causa do crescimento da mortalidade foi o aumento do número de casos diagnosticados. A faixa etária mais acometida é das mulheres de 50 a 64 anos, correspondendo a quase 39% dos casos. Evidenciou-se também que as pacientes de alto risco são as que mais apresentam alterações ao exame físico e que pacientes dos 50 aos 54 anos possuem maior proporção de diagnóstico de câncer após algum achado (30%), seguido das pacientes de 40 a 49 anos (29%). Como a definição de alto risco muitas vezes é complexa e nem sempre é possível, esse se torna mais um argumento a favor do rastreio para as pacientes com menos de 50 anos.

Conclusão: O câncer de mama é o câncer mais incidente e prevalente em mulheres ao redor do mundo, apresentando uma TM expressiva em pacientes do sexo feminino. O diagnóstico em

mulheres antes dos 50 anos tem sido crescente nas últimas décadas e esse dado não pode ser ignorado na condução do rastreamento. Atenção especial deve ser dada a pacientes de alto risco que necessitam de estratégias individualizadas de rastreamento da doença.

PERSPECTIVAS DE PUÉRPERAS EM UMA CASA DE PARTO DO DISTRITO FEDERAL

Starlle Laysla Alvares Magalhães, Universidade Católica de Brasília, starlle.laisla@hotmail.com;

Letícia Melo Souza, Universidade Católica de Brasília, lety_melo82@hotmail.com;

Tharsila Martins Rios da Silva, Universidade Católica de Brasília, tharsilarios@gmail.com.

Introdução

O modelo de atenção ao parto brasileiro caracteriza-se por altos índices de intervenções, o que contraria as recomendações mundiais sobre as práticas obstétricas. Além disso, o Brasil também se mantém como um dos países com elevados registros de práticas de cesarianas no mundo. Dentro desta perspectiva, muitas estratégias foram implementadas com o objetivo de resgatar o parto normal e humanizar as estratégias envolvidas no processo de gestar, parir e nascer. As Casas de Parto surgiram no Brasil em 1998 como uma das alternativas para a busca de um atendimento diferenciado, humanizado e longe de práticas obstétricas desnecessárias e intervencionistas.

Objetivo

Conhecer as perspectivas das puérperas sobre a experiência de dar à luz em uma casa de parto do Distrito Federal.

Materiais e métodos

Tratou-se de um estudo quanti-qualitativo, ancorado no referencial teórico da fenomenologia social de Alfred Schutz. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de um questionário sociodemográfico e de uma entrevista aberta às puérperas que deram à luz em uma casa de parto do Distrito Federal, no período de abril a maio de 2017. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, parecer nº: 1.679.659.

Resultados e discussão

Foram realizadas nove entrevistas com puérperas que tiveram o parto realizado em uma casa de parto do Distrito Federal, gerenciadas por enfermeiras obstétricas, no período de abril a maio de 2017. O perfil sociodemográfico apontou que seis puérperas (66,67%) tinham a idade entre 18 e 29 anos, cinco (55,56%) declararam a cor parda, seis (66,67%) tinham o ensino médio completo, cinco (55,56%) declararam a união estável como forma de situação conjugal e sete (77,78%) declararam a

renda entre um a dois salários mínimos. As entrevistas foram analisadas por meio da análise fenomenológica e gerou as seguintes categorias: escolha do local de nascimento, acolhimento, experiência de dar à luz na Casa de Parto, sentimentos, experiências anteriores com parto e políticas de saúde. Foi evidenciado que as puérperas reconheceram a Casa de Parto como um local que presta um atendimento humanizado, além de terem seus direitos respeitados e serem bem acolhidas.

Conclusões

A Casa de Parto mostrou-se um espaço direcionado para a consolidação e fortalecimento dos cuidados às mulheres no parto e pós-parto imediato, assim como proposto pela Organização Mundial de Saúde. Destacou-se a importância do resgate ao parto humanizado, que inicia-se desde o acolhimento da gestante na Atenção Primária à Saúde, passando pelas instituições onde serão realizados os partos, até o momento do puerpério, como estratégia para a integralidade do cuidado e fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde.

Palavras-chave: Saúde da mulher. Parto normal. Parto humanizado. Enfermagem obstétrica.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual Prático Para Implementação da Rede Cegonha. Brasília, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062>>. Acessado em: 25 nov. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acessado em: 15 nov. 2015.
- GONCALVES, Roselane et al. Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 62-70, mar. 2011.
- JESUS, Maria Cristina Pinto de et al. A fenomenologia social de Alfred Schütz e sua contribuição para a enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p.736-741, jun. 2013.
- PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. **O Processo de Implantação da Casa de Parto no Contexto do Sistema Único de Saúde: Uma perspectiva do referencial teórico de Gramsci**, 2007. 184 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de

Janeiro, 2007.

WHO. World Health Organization. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf>. Acessado: 30 mar. 2016.

PESQUISA DE AUTOANTICORPOS CONTRA EXOSSOMAS PLASMÁTICOS EM PACIENTES COM ARTRITE REUMATOIDE.

Amanda Souza Rosa, Arthur Victor Cardoso do Sacramento, Rinaldo Wellerson Pereira,
Fernando Vianna Cabral Pucci

Introdução: A Artrite Reumatoide (AR) é uma doença autoimune muito comum na qual as articulações são acometidas, podendo levar a deformidades ósseas e cuja patogênese não está totalmente esclarecida. Enquanto que as vesículas extracelulares, como os exossomas, são importantes moduladores da resposta imune. Nas doenças autoimunes como a AR, a presença de autoanticorpos contra exossomas levaria ao desarranjo da resposta imune o que contribuiria para esclarecer melhor a patogênese da doença.

Materiais e métodos: O estudo foi dividido em: grupo I pacientes com AR ativa e grupo II indivíduos saudáveis sem histórico familiar de doença autoimune. Em ambos, foram coletados tubos com anticoagulante (centrifugado imediatamente para obter o plasma) e mais um sem para soro. Foram realizadas várias centrifugações do plasma para depletar plaquetas, restando o plasma livre de plaquetas que foi ultracentrifugado para obtenção de um purificado de exossomas (exo). Foi feita a quantificação e avaliação do tamanho destes utilizando a técnica Tunable Resistive Pulse Sensing (TRPS) do sistema QualityNano (Qnano). Para demonstrar a existência de autoanticorpos contra exossomas, foi feita incubação de soro I + exo II e depois filtrados, sendo quantificados antes e após para observar se havia redução na leitura. O procedimento feito também em pools, porém sem a etapa de filtração, bem como com PBS1x. Para descartar a presença de autoanticorpos do grupo II, foi feita leitura com soro II + exo II.

Resultado e discussão: No total, foram coletados 23 indivíduos do grupo I e 22 do grupo II. Foi observada uma concentração média de $2,73 \times 10^{10}$ partículas/ml e tamanho médio de $117 \pm 45,9$ no grupo I e concentração bruta de $4,46 \times 10^{10}$ partículas/ml e tamanho médio $107,8 \pm 32,2$ no grupo II. Em relação ao tamanho das partículas quantificadas, estas estão próximas ao diâmetro dos exossomas (30-100 nm). Já a concentração variou de paciente para paciente, sendo maior ou menor em relação aos indivíduos saudáveis. Quando incubados exo II com soro I, pôde ser observada a redução da leitura após filtração, o que indicaria a formação de imunocomplexos, estes retidos no filtro, devido ligação dos autoanticorpos dos pacientes com os exossomas controle. Quando incubados os pools de soro e exo, a leitura com um poro de maior diâmetro permitiu observar

aumento da leitura mais evidente no exo II + soro I. Já no caso do exo II + soro II, a leitura diminuiu, o que exclui a possibilidade de autoanticorpos no grupo controle.

Conclusão: Os resultados demonstram haver uma relação entre os exossomas e a produção de auto anticorpos na AR. Além disso, exclui a possibilidade de haver os mesmos autoanticorpos nos indivíduos controle. Desta forma, os autoanticorpos se ligariam a essas microvesículas impedindo o seu papel imunorregulador, tendo como consequência o desarranjo da resposta imune que desencadearia em uma doença autoimune. Entretanto, ainda é necessária uma melhor caracterização com a sua identificação por meio da técnica de Western blot, além da sua visualização na microscopia eletrônica com anticorpos conjugados a partículas de ouro.

POSICIONAMENTO CORPORAL E ANÁLISE DOS COMPONENTES ANATÔMICOS ENVOLVIDOS NO CICLISMO AMADOR*

Claudiene Teixeira de Melo²⁴; Bruno Sousa Lopes²⁵; Polyanne Junqueira Silva Andresen Strini²⁶; Raphael Lopes Olegário²⁷; Paulinne Junqueira Silva Andresen Strini²⁸

Palavras-Chave: Anatomia, Postura, Atividade Física, Extensão Comunitária.

Exercícios de baixa intensidade e com longa duração são os mais indicados para pessoas que buscam melhorar o condicionamento físico. Isso faz com que o número de adeptos a esportes como o ciclismo aumente a cada ano. O estudo em questão tem por finalidade a promoção de saúde, conscientização postural adequada e divulgação dos componentes anatômicos envolvidos no ciclismo amador, além da análise dos principais movimentos, músculos e das articulações trabalhadas na sua realização. De acordo com a metodologia adotada, foi realizada pela equipe executora uma corrida de bicicletas aberta ao público, previamente divulgada nas redes sociais, na cidade de Goiânia – GO, na qual participaram pessoas de diversas faixas etárias. Assim, foi capaz de incentivar sua prática pela comunidade e estimular a inclusão de mais participantes, contribuindo para a divulgação e promoção desta modalidade esportiva. Em adição, foi realizada uma palestra para o público a respeito da importância do posicionamento corporal em uma bicicleta e técnicas básicas de prevenção de acidentes. A partir disto, foi analisado os movimentos reproduzidos por ciclistas amadores durante a competição, com auxílio do software Athletic, realizados ao longo da prova e uma análise anatômica foi apresentada. Em seguida, foi realizada a análise fotográfica dos principais músculos e articulações envolvidos, possibilitando a identificação dos componentes anatômicos trabalhados. Por fim, pode-se dizer que a referida modalidade configura-se como um instrumento de trabalho para o profissional da Educação Física que, aliado ao estudo anatômico, pode designar um conjunto de técnicas mais eficazes para a prescrição de atividades físicas voltadas a população. No entanto, nota-se uma escassez na literatura de artigos, livros e revistas científicas preocupadas em discutir o assunto. Conclui-se que o presente estudo contribuiu para a divulgação

²⁴*Resumo revisado pela Profa. Dra. Paulinne Junqueira Silva Andresen Strini, coordenadora do Projeto de Extensão “A Prática da Anatomia Humana na Rotina Estudantil e na Comunidade”, cadastrado sob o código PJ186-2017.

Instituto de Ciências Biológicas /UFG – e-mail: claudienemelo2008@gmail.com;

²⁵ Curso de Fisioterapia /UNIEURO – e-mail: brunoslopesfisio@gmail.com;

²⁶ Curso de Medicina - Regional Jataí /UFG – e-mail: polyjsas@gmail.com;

²⁷ Instituto de Ciências Biológicas /UFG – e-mail: mr.raphaelolegario@gmail.com;

²⁸ Instituto de Ciências Biológicas /UFG – e-mail: paulinnejsas@gmail.com;

da modalidade para o público em geral, conscientização a respeito do posicionamento corporal e divulgação do conhecimento anatômico para futuros estudos na área.

POTÊNCIA AERÓBIA E ANAERÓBIA EM JOGADORES DE FUTEBOL DE DIFERENTES CATEGORIAS DO DISTRITO FEDERAL

Danielle Garcia de Araujo; Carlos Ernesto Santos Ferreira; Raphael Mafra;
Ronaldo Esch Benford; Fernanda Rodrigues da Silva

O futebol é um esporte de esforço intermitente, com ações de alta intensidade exigindo, desde idades mais jovens, o máximo possível nas diferentes valências, em especial no tocante às potências tanto aeróbia quanto anaeróbia. O objetivo do estudo foi analisar e comparar a potência aeróbia e anaeróbia em jogadores de futebol em diferentes categorias do Distrito Federal. Participaram do estudo 35 jogadores de futebol de campo divididos em dois grupos: profissional (GP; $n = 16$; $28,81 \pm 5,38$ anos; $80,58 \pm 6,94$ kg; $181,18 \pm 4,40$ cm; $14,56 \pm 4,93$ % de gordura) e juniores (GJ; $n = 19$; $18,53 \pm 0,61$ anos; $70,86 \pm 5,82$ kg; $177,24 \pm 4,50$ cm; $8,82 \pm 3,12$ % de gordura), ambos em pré-temporada do campeonato brasiliense para suas respectivas categorias. O presente estudo foi realizado em três semanas, sendo duas destinadas às medidas antropométricas, composição corporal e teste de capacidade cardiopulmonar para obtenção do $VO_2\text{máx}$ (*Córtex Metalyzer 3B*). A avaliação da potência anaeróbia foi realizada por meio do teste *Running Anaerobic Sprint Test* (*RAST*), em campo de futebol (grama) no centro de treinamento do time por meio de fotocélulas (*CEFISE, Speed Test 6.0 Telemetric*). Foram determinadas as seguintes variáveis resultantes do *RAST*: potência pico (PP), potência média ($P_{\text{méd}}$) e o índice de fadiga (IF). Para testar a normalidade dos dados foi utilizado o teste de *Kolmogorov Smirnov* e para a comparação entre GP e GJ foi adotado o teste *t* para amostras independentes, nível de significância ($p < 0,05$). Por meio dos dados obtidos, foi possível observar que o GP apresentou potência aeróbia ($VO_2\text{máx}$) de $49,62 \pm 3,28$ ml/kg.min⁻¹ e o grupo juniores $55,72 \pm 0,64$ ml/kg.min⁻¹, classificados respectivamente como boa e excelente de acordo com tabela proposta por Cooper. Quanto a potência anaeróbia, não houve diferença significativa para PP entre GJ ($1.045,61 \pm 141,67$ W) e GP ($1.018,72 \pm 105,62$ W). Houve diferença significativa para o IF entre GP e GJ ($37,62 \pm 5,97\%$ e $51,77 \pm 5,84\%$, respectivamente). Valores elevados da potência aeróbia em jogadores de futebol estão associados à boa capacidade do organismo em suportar variações constantes em alta intensidade durante a duração de um jogo. A potência, quando relacionada às fontes energéticas anaeróbias, torna-se um importante componente na maioria dos desempenhos em exercícios intermitentes, e quando relacionada à quantidade de trabalho mecânico produzido durante determinado intervalo de tempo torna-se diretamente proporcional à velocidade, modificada com o aumento da força. Além disso, durante os exercícios

intermitentes, os atletas devem ser capazes de suportar estímulos em alta intensidade sem que ocorra redução significativa do desempenho. Logo o IF torna-se um indicador deste desempenho, pois quanto menor o seu valor, maior a tolerância ao esforço. Diante disso, conclui-se que os atletas avaliados neste estudo de ambas as categorias apresentaram valores para potência aeróbia abaixo da média quando comparados aos dados relatados na literatura. Com relação à potência anaeróbia, a partir da análise do IF, o GP quando comparado ao GJ apresentou maior tolerância ao esforço durante as corridas executadas no teste *RAST*.

PREVENÇÃO DA SAÚDE PELO USO DA VACINA DO HPV

Fernanda Sousa Nascimento, Universidade Católica de Brasília, fsnascimento89@yahoo.com.br

Camila de Oliveira Parreira, Universidade Católica de Brasília, camila.oparreira@gmail.com

Noemi Vilela dos Anjos Barbosa Vieira, Universidade Católica de Brasília, vilelanoemi@gmail.com

Parizza Ramos de Leu Sampaio, Universidade Católica de Brasília, parizza@ucb.br

Osvaldo Sampaio Netto, Universidade Católica de Brasília, osvaldo@ucb.br

Introdução: A infecção pelo papilomavírus humano (HPV), doença sexualmente transmissível comum, acontece por vírus não envelopados de DNA dupla fita, onde a replicação viral acompanha diferenciação e maturação das células epiteliais hospedeiras. Estados físicos do DNA são diferentes nas lesões benignas e malignas. Existem mais de 100 genótipos, 40 tipos infectam a região anogenital. Os vírus são de baixo e alto risco de acordo com a lesão a qual estão associados. Tipos 16 e 18 são mais frequentes e persistentes entre os HPV de alto risco, sua persistência é marcador de risco que antecede o surgimento das lesões, indicando a incapacidade imunológica hospedeira em eliminar o vírus. São oncogênicos e necessários para o desenvolvimento das lesões precursoras e câncer cervical. Os tipos 6 e 11 são mais comuns dentre os HPVs de baixo risco e expressam-se clinicamente como condilomas, lesões benignas, autolimitadas e proliferativas. As taxas de detecção dos DNA-HPV estão ligadas à idade, sendo o pico de infecção entre 15 e 25 anos. É extremamente correlata ao número de parceiros sexuais, sendo a via sexual a via tradicional de transmissão.

Desenvolvimento: A infecção pelo HPV é seguida por resposta imune humoral e celular contra as proteínas virais, induzindo a formação de anticorpos neutralizantes contra proteínas L1 do capsídeo de HPV em títulos baixos, mostrando-se insuficientes para eliminar o HPV. Duas vacinas foram desenvolvidas, licenciadas e disponibilizadas no Brasil. Vacina quadrivalente (4V), contra tipos 6,11,16 e 18; e bivalente (2V), contra tipos 16 e 18. Por tecnologia recombinante possuem proteínas L1 do capsídeo, morfologicamente idênticas ao vírus, mas destituídas de DNA e não infectantes. Ambas são aplicadas via intramuscular, com excelente eficácia na prevenção de lesões precursoras e câncer cervical causados pelos HPVs 16 e 18, todavia a 4V evita infecções pelos HPV's não oncogênicos 6 e 11, responsáveis por 90% das verrugas anogenitais. A 2V foi recomendada para sexo feminino a partir de 9 anos e a 4V de 9 a 45 anos de idade e sexo masculino de 9 a 26 anos de idade. Com esquema de três doses, com intervalos diferentes. A 4V tem esquema de 0-2-6 meses e

2V 0-1-6 meses. A Organização Mundial de Saúde mudou a recomendação da 4V de 3 doses para 2 para meninas/meninos de 9-13 anos, esquema de 0-6 meses ou 0-12 meses.

Considerações finais: A vacinação é profilaxia primária e não substitui o exame periódico citológico cervical para diagnóstico precoce de lesões precursoras e câncer do colo uterino. O impacto da vacinação no SUS em idades precoces, visa reduzir a incidência do câncer nas próximas décadas, a morbimortalidade na população brasileira, custos médicos, danos psicológicos e gastos do manejo das anormalidades detectadas ao exame citológico.

PREVENÇÃO DE LESÕES E ANÁLISE DOS COMPONENTES ANATÔMICOS ENVOLVIDOS NAS CORRIDAS DO ATLETISMO*

Isabella Alves Said Rodrigues²⁹; Bruno Sousa Lopes³⁰; Polyanne Junqueira Silva Andresen Strini³¹; Raphael Lopes Olegário³²; Paulinne Junqueira Silva Andresen Strini³³

Palavras-Chave: Anatomia, Prevenção, Atividade Física, Extensão Comunitária.

O atletismo, especialmente as corridas, é um esporte muito popular no Brasil tendo aumentado em uma proporção enorme. Grande parte da população escolhe as corridas como uma atividade física regular. Isto pode se constatar pelo crescimento dos eventos no país. O estudo em questão tem por finalidade a promoção de saúde, prevenção de lesões e divulgação dos componentes anatômicos envolvidos nas corridas, além da análise dos principais movimentos, músculos e das articulações trabalhadas na sua realização. De acordo com a metodologia adotada, foi realizada pela equipe executora uma corrida aberta ao público, previamente divulgada nas redes sociais, nas dependências da Faculdade de Educação Física e Dança da Universidade Federal de Goiás. Assim, foi capaz de incentivar sua prática pela comunidade e estimular a inclusão de mais participantes, contribuindo para a divulgação e promoção desta modalidade esportiva. Em adição, foi realizada uma palestra para o público a respeito da importância da postura durante as corridas e possíveis agravos a saúde devido a movimentos inadequados. A partir disto, foram selecionados movimentos, com auxílio do software Kinetec e Athletic, realizados ao longo do deslocamento dos participantes e uma análise anatômica foi apresentada. Os mesmos incluem contato inicial, desprendimento e desaceleração. Em seguida, foi realizada a análise fotográfica dos principais músculos e articulações envolvidos, possibilitando a identificação dos componentes anatômicos trabalhados e evidenciando os possíveis riscos de lesões devido à inadequada realização dos movimentos. Por fim, pode-se dizer que a referida modalidade configura-se como um instrumento de trabalho para o profissional da Educação Física que, aliado ao estudo anatômico, pode designar um conjunto de técnicas mais eficazes para o deslocamento efetivo durante as corridas e prevenindo a prática errônea dessa atividade na qual

²⁹*Resumo revisado pela Profa. Dra. Paulinne Junqueira Silva Andresen Strini, coordenadora do Projeto de Extensão “A Prática da Anatomia Humana na Rotina Estudantil e na Comunidade”, cadastrado sob o código PJ186-2017.

Instituto de Ciências Biológicas /UFG – e-mail: Isabella.biotech@gmail.com;

³⁰ Curso de Fisioterapia /UNIEURO – e-mail: brunoslopesfisio@gmail.com;

³¹ Curso de Medicina - Regional Jataí /UFG – e-mail: polyjsas@gmail.com;

³² Instituto de Ciências Biológicas /UFG – e-mail: mr.rafaelolegario@gmail.com;

³³ Instituto de Ciências Biológicas /UFG – e-mail: paulinnejsas@gmail.com;

pode trazer danos e lesões ao indivíduo a longo e curto prazo. Conclui-se que o presente estudo contribuiu para a divulgação da modalidade para o público em geral, conscientização a respeito de possíveis lesões e divulgação do conhecimento para futuros estudos na área.

REDE DE SAÚDE PARA PACIENTES PORTADORES DO HIV EM TAGUATINGA

Jaqueline Azevedo, Felipe Barros, Nansi Karaja, Eloá Medeiros

O vírus da imunodeficiência humana, mais conhecido como HIV, é classificado como membro da família Retroviridae, responsável pelo desencadeamento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, mais conhecida como AIDS. Segundo o Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, existem hoje no Brasil cerca de 630 mil pessoas vivendo com o HIV, e dentre estas, cerca de 255 mil nunca teriam feito um teste de diagnóstico, sendo que são disponibilizados exames laboratoriais como o Elisa anti-HIV e os testes rápidos que detectam os anticorpos contra o HIV em um tempo inferior a 30 minutos. Após a confirmação do teste, o paciente passa por um aconselhamento com o objetivo de garantir a adesão medicamentosa. Atualmente, o tratamento de HIV é referência no SUS, no qual são oferecidos pelo governo a TARV- Tratamento antirretroviral, PREP- Profilaxia pré-exposição e PEP- Profilaxia pós exposição. A infecção pelo HIV é acompanhada por um conjunto de manifestações clínicas, denominado Síndrome Retroviral Aguda (SRA) no qual os principais achados clínicos de SRA incluem febre, cefaleia, astenia, adenopatia, entre outros. O presente trabalho foi realizado através de visita ao Centro de Saúde mista de Taguatinga, abordando profissionais da área da saúde que participam do atendimento e acompanhamento de pacientes portadores do HIV, bem como pesquisas direcionadas a protocolos e diretrizes, liberado em ambiente virtual pelo portal do Ministério da Saúde, a respeito do curso da doença, tratamentos e acompanhamentos cedidos pelo governo em prol de pessoas soropositivas e boletim epidemiológico disponibilizado pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal. O local selecionado para a pesquisa foi à unidade mista de saúde de Taguatinga e foi verificado que, primeiramente o paciente realiza a sorologia para o HIV ou teste rápido e após a positividade ele é encaminhado para uma unidade específica. O paciente passa por um acolhimento realizado pela equipe de enfermagem e médicos, sendo que o farmacêutico não participa de forma ativa no aconselhamento, se restringindo apenas na conferência de entrada e saída de produtos da farmácia hospitalar. Caso o paciente esteja sintomático é solicitado com urgência o exame para a contagem de CD4+, de modo que a consulta é realizada muitas vezes na mesma semana, caso tenha disponibilidade de médicos, o que algumas vezes não ocorre. Contudo, caso o paciente esteja assintomático o exame chega aproximadamente com 30 dias e então é marcada a consulta e inicia-se a TARV. Por conseguinte, a liberação dos medicamentos é realizada por um técnico de farmácia, na farmácia hospitalar e para a retirada dos medicamentos o paciente

necessita apresentar um documento de identificação, a receita e o cartão de controle de medicamentos. Em geral no Distrito Federal e no Brasil o tratamento de HIV por meio do SUS-Sistema Único de Saúde é caracterizado como padrão referencia, de maneira que profissionais da saúde empenham-se e auxiliam para melhor adesão ao tratamento. Contudo, a unidade de Taguatinga não apresenta PREP e não conta com a participação do farmacêutico no aconselhamento ao paciente, diferentemente de unidades de saúde da Ceilândia e do HUB.

RELAÇÃO ENTRE ATIVIDADE FÍSICA E CONTROLE AUTONÔMICO CARDÍACO

André Ricarte Medeiros; Fernando Sousa; Daniel A. Boullosa

Universidade Católica de Brasília

Introdução: Prática habitual de Atividade Física (AF) esta associada à redução na incidência de doenças crônicas e contribui na manutenção de uma boa saúde. AF diz respeito aos movimentos corporais produzidos por músculos esqueléticos que resultam em gasto energético acima dos níveis de repouso. Maior AF habitual tem demonstrado exercer efeito positivo na função autonômica do coração, medida pela Variabilidade da Frequência Cardíaca (VFC). VFC, uma prática e eficaz ferramenta de medida da atividade autonômica cardíaca, têm sido proposta como indicador de adaptabilidade e saúde sistêmica, de modo que menores valores de VFC podem indicar piores prognósticos e maior risco de morte, enquanto maiores valores podem indicar maior capacidade adaptativa e melhores respostas ao estresse físico e psicológico. Enquanto maiores valores de VFC em repouso supino foram observados em sujeitos moderadamente ativos em comparação aos seus pares sedentários, esse mesmo efeito não foi observado entre sujeitos muito ativos. Tendo em vista que diferentes condições de registro da VFC podem representar diferentes características da influencia autonômica no coração e por sua vez trazer luz a novas associações entre VFC e outros parâmetros de saúde, o presente trabalho pretende verificar a associação entre AF e VFC em diferentes condições de registro. Informações quanto ao impacto da AF na atividade autonômica podem auxiliar na promoção de hábitos de vida ativos, na prevenção de doenças crônicas e na diminuição da mortalidade.

Metodo: 37 Jovens (20 homens), 22 ± 4 anos, saudáveis, foram avaliados quanto à AF habitual e VFC em repouso supino e caminhada, durante uma semana. Foi calculado o gasto calórico semanal em AF de acordo com valores reportados no Questionário internacional de atividade física (IPAQ), versão curta e a média semanal dos índices da VFC (RMSSD e SDNN) aferida por Cardiófrequencímetro (RS800CX Polar Electro Oy, Finlândia). Foi verificada normalidade das variáveis através do teste Shapiro-Wilk, foram testadas correlações entre AF e VFC através do teste de correlação de Pearson. 5% foi o nível de significância adotado para todas as análises estatísticas.

Resultados: Todas as variáveis apresentaram distribuição normal, exceto o gasto calórico semanal em AF cujos valores foram normalizados por raiz quadrada. Foram verificadas correlações significantes entre gasto calórico semanal em AF e RMSSD ($r=0,519$, $p=0,001$) e SDNN ($r=0,560$, $p<0,001$), apenas durante caminhada.

Discussão: Maior gasto calórico semanal em AF apresentou significativa associação com maiores índices de VFC. Porém, apenas na VFC durante caminhada essas correlações ficaram evidentes, em detrimento da condição clássica de registro da VFC (repouso supino). Por não exigir nenhum ajuste circulatório mais impactante, o registro de VFC durante repouso supino pode ter ocultado as influências que uma maior AF habitual exerce na função autonômica cardíaca. Por outro lado, um leve estressor fisiológico como a caminhada, pode ter evidenciado essas influências.

Conclusão: Apenas a VFC registrada durante caminhada evidenciou a relação entre AF e função autonômica cardíaca. A Prática habitual de AF está associada a maiores índices de VFC entre jovens.

RELATO DE CASO: FIBROSE CÍSTICA

Ian Pagnussat, Mariana Pereira Lima, Tayane Oliveira Pires,
Kathleen Dianne Gomes Cavalcante, Dra. Luciana Freitas Velloso Monte

Introdução:

A fibrose cística (FC) é uma doença genética autossômica recessiva resultante da disfunção do gene *cystic fibrosis transmembrane conductance regulator (CFTR)*, o qual codifica a proteína reguladora da condutância transmembrana de cloro. Esta proteína está localizada na membrana apical de células epiteliais do trato respiratório, das glândulas submucosas, do pâncreas exócrino, do fígado, dos ductos sudoríparos e do trato reprodutivo, entre outros locais. A síndrome clínica é multissistêmica, com maior ocorrência em caucasianos e incidência estimada no Brasil de 1:7576 nascidos-vivos. A forma clássica da FC é caracterizada por insuficiência pancreática exócrina, doença sino-pulmonar crônica progressiva e concentração elevada de cloretos no suor. A doença pulmonar é a principal responsável pela morbimortalidade na FC. Os pulmões sofrem uma sequência de obstrução, infecção e inflamação, ocasionando danos progressivos. Diante da suspeita clínica ou da triagem neonatal positiva (dosagem do tripsinogênio imunorreativo), realiza-se a dosagem do cloreto no suor para confirmação do diagnóstico. Teste genéticos também podem contribuir. A FC exige abordagem interdisciplinar precoce e atenção ao estado nutricional e às exacerbações respiratórias. Este trabalho tem como objetivo relatar um caso de fibrose cística em um adolescente com doença avançada.

Desenvolvimento/ Relato de caso:

FSDJ, 13 anos, diagnóstico de FC aos 9 meses por tosse crônica, infecções respiratórias e baixo ganho ponderal. Dosagem de cloretos no suor > 60mEq/L (71 e 68). Evoluiu de forma grave e, apesar dos esforços do tratamento clínico de uma infecção pulmonar, precisou de pneumectomia à esquerda em 2005 e gastrostomia para nutrição enteral noturna (falência nutricional). Faz uso crônico de enzima pancreática, polivitamínicos, suplementos alimentares, mucolíticos e antibióticos inalados, fisioterapia, oxigenoterapia domiciliar contínua e ventilação não-invasiva durante o sono. É colonizado por *Pseudomonas aeruginosa*. A última espirometria (6/2017) revelou VEF1 de 34%. Já indicado transplante pulmonar. Precisou várias internações pelos quadros graves de exacerbação pulmonar. Última internação em 09/10/2017 por febre e piora da tosse e da dispneia. No momento da internação, apresentava-se em regular estado, acianótico em O2 contínuo, emagrecido (18,8kg),

taquidispneico, taquicardico, tórax com aumento do diâmetro ânteroposterior, deformidades, retrações intercostais e de fúrcula, crépitos difusos, principalmente em base direita, com redução do murmúrio vesicular à esquerda, baqueteamento digital. A radiografia de tórax evidenciava extensas alterações pulmonares sugestivas de bronquiectasias, com opacidades difusas, hiperinsuflação pulmonar e vicariância do pulmão direito para o hemitórax esquerdo e desvio de mediastino (pneumectomia à esquerda). As medicações habituais foram mantidas e iniciado antibioticoterapia venosa (meropenem e amicacina).

Conclusão:

Apesar da FC ainda não ter cura, é de suma importância a precocidade no diagnóstico e o acompanhamento interdisciplinar. Isso possibilita minimizar os sintomas, reduzir as complicações da doença e melhorar a qualidade de vida e a sobrevida. Mesmo com os esforços da equipe multiprofissional e da família, esse caso evoluiu de forma grave, com perdas funcionais irreversíveis. Isso mostra que, apesar da variabilidade clínica, a FC pode ter um caráter bastante agressivo.

RELATO DE CASO: HERPES ZÓSTER

Letícia Miti Kuwae UCB ticia.miti@gmail.com ,

Ludmila Rosa Faria UCB ludmila.rosafaria@gmail.com ,

Juliana Soares de Araújo UCB jujuaraujos@gmail.com ,

Paulino José do Bomfim Júnior UCB paulinobomfimjunior@gmail.com,

Fernanda Tamires de Souza Fernandes UCB fernandatamires97@gmail.com .

Palavras chaves: tratamento. toxina botulínica. vírus

Objetivo

O presente trabalho visa relatar o tratamento de uma neuralgia pós- herpética com o BOTOX®.

Descrição do caso

Paciente do sexo feminino, 71 anos, aposentada, apresentou um quadro clínico de infecção por herpes zoster na hemiface e região cervical direita. Foi diagnosticada e iniciou tratamento medicamentoso em uma unidade de saúde para o quadro agudo. Após três meses persistia com uma dor neuropática crônica com sintomas de queimação, formigamento e ardor, associada à hiperalgesia, hiperestesia e alodínia caracterizando uma neuralgia pós-herpética. Devido à grande intensidade das dores foi sugerido a aplicação de toxina botulínica. Atualmente, tem acompanhamento com médico fisiatra, que aplica BOTOX® em um intervalo médio de 4 a 6 meses com reemissão do quadro doloroso.

Discussão

O herpes zóster é uma doença infecciosa causada pelo vírus varicela-zóster. Ela acomete os nervos cranianos e os gânglios das raízes dorsais após a reativação do vírus, decorrente de um comprometimento no sistema imunológico do paciente. Atinge preferentemente pessoas com idade mais avançada, sem distinção de sexo e pessoas imunossuprimidas. A principal manifestação clínica aguda é o eritema cutâneo eritematoso maculopapular, e a fase crônica é caracterizada pela neuralgia pós- herpética. O tratamento indicado foi a injeção de toxina botulínica tipo A no dermatomo lesado. O mecanismo de ação é o bloqueio da liberação de acetilcolina na junção

neuromuscular, o qual vai reduzir a liberação de glutamato e diminuir a atividade dos neurônios, melhorando a sensibilização periférica.

Conclusão

Aplicação da toxina botulínica tipo A é uma opção terapêutica em destaque para o tratamento de neuralgia pós-herpética. Ela tem mostrado bons resultados e não apresenta efeitos adversos e complicações consideráveis. Diminui significativamente a dor, melhorando a qualidade de vida do paciente.

SAÚDE DA MULHER: SÍNDROME DO CHOQUE TÓXICO

Débora Maria Neres de Almeida Souza, Universidade Católica de Brasília, deh.6@hotmail.com

Hellen Cruz Xavier, Universidade do Estado do Mato Grosso, hellencruz.1992@hotmail.com

Débora Faleiro Martins, Universidade do Estado do Mato Grosso, debora.faleiro.martins@gmail.com

Raissa Arcoverde Borborema Mendes, Universidade Católica de Brasília, raissaborborema@gmail.com

Juliana Lott de Carvalho, MSc, PhD, Professora e Pesquisadora da Pós-graduação em Ciências Genômicas e Biotecnologia, juliana.carvalho@ucb.br

Palavras-chave: *Staphylococcus aureus*. Absorvente interno. TSST-1 (Toxic Shock Syndrome Toxin-1). Síndrome do choque tóxico estafilocócico. Bacteremia.

O uso de absorventes internos tem sido associado com quadros graves de síndrome do Choque Tóxico, o qual compreende um conjunto de manifestações clínicas graves provocadas pela presença de toxinas liberadas por microrganismos, à exemplo das toxinas do *Staphylococcus aureus* ou estreptococos beta-hemolítico do grupo A. O resumo trata-se de uma revisão de literatura que relaciona a Síndrome do choque tóxico com o uso de absorventes internos. Para isso, a pesquisa foi baseada na análise de 5 artigos, publicados entre os anos de 2009 e 2016, os quais foram pesquisados nas bases de dados: Scielo, MSD (Merck Sharp & Dohme Corp) e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), usando os seguintes discriminantes: *Toxic Shock Syndrome. Staphylococcus aureus. Estreptococos. Absorvente interno*. O choque tóxico é, frequentemente, causado por cepas produtoras da TSST-1. A toxina age como um superantígeno, estimulando a proliferação e ativação de linfócitos T, o que leva à maior liberação de citocinas, sobretudo fator de necrose tumoral alfa e beta, interleucina-1 e interleucina-2, que por sua vez causam aumento da permeabilidade capilar e hipotensão. Ademais, a sintomatologia se caracteriza por febre súbita, vômitos, diarreia, lesão hepática, trombocitopenia, insuficiência renal, exantema descamativos nas palmas e pés. O quadro apresenta rápida progressão e pode evoluir para síncope e óbito em 48 horas. Essa condição foi descrita pela primeira vez na década de 80 em mulheres que usavam tampões internos, feitos de tecidos sintéticos para aumentar absorção do fluxo menstrual. Uma das hipóteses é que o prolongado contato entre o absorvente interno e o sangue menstrual promove a proliferação de *S. aureus*, que libera mais exotoxinas para o organismo, causando a síndrome do choque tóxico estafilocócico. Outra hipótese levantada é que o absorvente interno cause fissuras na vagina,

fragilizando a mucosa e permitindo que a bactéria acesse a corrente sanguínea. A infecção pode ocorrer também por meio do uso de materiais exógenos contaminados. Logo, para reduzir o risco de incidência dessa síndrome e a sua recidiva, no caso de mulheres que já a apresentaram, é aconselhável que se evite o uso de absorventes internos, diafragmas ou plugs. Atualmente, os materiais de fabricação dos tampões foram trocados por fibras de algodão, porém, ainda há relatos de mulheres vítimas da síndrome do choque tóxico pelo uso de absorventes internos. Apesar de pouco conhecida, esta síndrome foi divulgada após a modelo Laura Wasser perder metade da perna direita em 2012 e processar a empresa produtora do absorvente, devido à falta de informação acerca dos riscos de utilização do produto. A síndrome do choque tóxico é uma condição grave que pode levar a óbito devido às alterações hemodinâmicas causadas pela bacteremia. Para prevenir esse quadro, é aconselhável a troca frequente dos absorventes íntimos, a não utilização de superabsorventes internos, e a alternância com o uso de absorventes externos.

A SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESTUDO DAS BOAS PRÁTICAS E EVENTOS ADVERSOS.

Mariana Soares Teixeira

Leila B. D. Gottens

Introdução: A segurança do paciente tem sido um tema muito discutido nos últimos anos sendo um componente crucial para a redução de eventos adversos e para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Explorar questões relacionadas à segurança do paciente na Atenção Primária (APS) torna-se desafio uma vez que são conduzidas com maior ênfase em ambientes hospitalares, porém, os cuidados prestados em sua maioria ocorrem na APS, que foram analisados no estudo. Para os objetivos propostos destacou-se identificar o perfil das práticas dos profissionais de saúde das unidades de APS de Ceilândia; identificar situações que podem ocorrer em serviços da APS que afetam a segurança do paciente e a qualidade do cuidado na percepção dos profissionais; levantar a ocorrência de fatores relacionados a comunicação e acompanhamento, troca de informações entre as unidades de saúde que podem afetar a qualidade do cuidado e segurança do paciente.

Material E Método: Foi realizado um estudo quantitativo exploratório na cidade de Ceilândia-DF. Para a coleta de informações foi utilizado parte do instrumento de avaliação Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC), especificamente as seções A, B, C e D. Participaram 17 enfermeiros, 35 técnicos de enfermagem e 18 médicos que atuam nas 5 Unidades Básicas de Saúde.

Resultados: participaram do estudo 70 profissionais de saúde, sendo 71,4% femininos e 28,6% masculinos, com média de idade de 41 anos. As respostas aos itens relativos as situações que podem ocorrer nos serviços de saúde afetando a segurança do paciente e a qualidade do cuidado variaram entre os itens de diariamente e aconteceu uma ou duas vez nos últimos meses.

Conclusão: A Atenção Primária ainda tem sua deficiência quanto a importância da cultura de segurança do paciente uma vez que, diariamente ocorrem eventos adversos ou falta das boas práticas que refletem na ausência do cuidado e consequentemente na segurança do paciente.

SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS AO PACIENTE PEDIÁTRICO: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM.

Jaciane Lopes da Silva, Leila B. D. Gottens, Mariana Cavalcante da Silva

Introdução: A segurança do paciente é um processo multifatorial que abrange ações promovidas pelas instituições de saúde para minimizar possível risco de danos desnecessários relacionados ao cuidado de saúde. Trata-se de um método em que todos os profissionais deverão estar conscientes de sua função, sendo responsáveis pelos seus atos. É relevante discutir sobre a segurança do paciente pediátrico e estabelecer cuidados seguros que não causem danos, no sentido de implementar uma ação de segurança nos hospitais e sugerir melhorias na qualidade na assistência. O estudo objetiva analisar a percepção dos profissionais de enfermagem sobre a ocorrência de erros no processo de preparo e administração de medicamentos em pacientes pediátricos; verificar os fatores de risco relacionados ao erro no preparo e na administração de medicamentos, segundo os profissionais de enfermagem; analisar o contexto do processo de trabalho relacionado ao preparo e administração de medicamentos; levantar os conhecimentos dos profissionais de enfermagem a respeito da administração segura de medicamentos aos pacientes pediátricos; analisar os possíveis eventos adversos pediátricos já ocorridos na unidade de saúde e seus desdobramentos, segundo os profissionais.

Descrição metodológica: foi realizado um estudo de abordagem quanti-qualitativo, exploratória e descritiva, com entrevista estruturada conduzida diretamente com a equipe de Enfermagem por meio de um questionário.

Resultados: Participaram da pesquisa 31 profissionais de enfermagem sendo 84% do sexo feminino, com média de idade de 42 anos, carga horária predominante de 40h semanais (60%). Os profissionais admitem dúvidas sobre administração de medicamentos e tiram-nas com colegas (33,3%) ou com a bibliografia especializada (33,3%). Dos entrevistados 54% afirmam que a instituição não fornece ou forneceu algum curso ou treinamento sobre o processo de preparo e administração de medicamentos, que trabalhem na Pediatria do Hospital Regional de Ceilândia-DF. ao serem questionados sobre que tipo de informação seria útil para o aprimoramento da sua prática em relação ao preparo e administração de medicamentos, 39% informaram farmacologia básica para conhecer a ação dos medicamentos, 42% sobre os efeitos dos medicamentos e 12% sobre estabilidade dos medicamentos. Dos entrevistados, 60% informaram que não conhecem a lista de medicamentos potencialmente perigosos. Quando perguntados se presenciaram algum erro de

administração de medicamentos, 60% informaram que sim e 40% informaram que não. Quando perguntados se qual procedimento fariam se cometessem um erro de medicação, 78% informaram que notificariam a chefia imediata, 6% notificariam a gerencia de risco e os demais informaram outros procedimentos.

Conclusão: os profissionais apresentam dúvidas sobre administração segura de medicamentos, tem fragilidade na formação, a instituição oferece poucas oportunidades de aprimoramento. Todavia, já há indícios de uma cultura de segurança do paciente entre os entrevistados.

SÍFILIS CONGÊNITA: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Noemi Vilela dos Anjos Barbosa Vieira, Universidade Católica de Brasília, vilelanoemi@gmail.com

Letícia Miti Kuwae, Universidade Católica de Brasília, ticia.miti@gmail.com

Carla Paulinelli Seba, Universidade Católica de Brasília, paulinelliseba@gmail.com

Gabriela Silva Esper, Universidade Católica de Brasília, gabriela.sesper@gmail.com

Sonia Maria Geraldles, Secretaria de Saúde do DF, soniageraldes@ig.com.br

Introdução: A sífilis é uma doença infectocontagiosa transmitida pela bactéria *Treponema pallidum*. A transmissão vertical, que leva à sífilis congênita, é um dos modos de propagação que mais causam impacto na saúde pública principalmente devido às suas graves complicações tanto para a gestação quanto para a criança. Essa doença é de notificação compulsória e ao longo dos anos mostrou-se um aumento do número de casos no Brasil anualmente. Essa situação é bastante preocupante porque o tratamento é de baixo custo e há disponibilidade de tecnologia para a sua prevenção, demonstrando que existe uma falha na disseminação e da consolidação da atenção primária.

Desenvolvimento: A taxa de transmissão vertical no Brasil entre os anos de 2011 e 2012 foi de 34,3% e a incidência de sífilis congênita foi de 3,52 por mil nascidos vivos, com uma variação de 1,35 por mil nascidos vivos no Centro-oeste e 4,03 no Nordeste. Em todo o Brasil a sífilis congênita atinge mais o grupo de mulheres com baixa escolaridade, cor parda/preta, baixa remuneração e com maior proporção de fatores de risco para prematuridade, indicando que há também um problema social associado à falha na assistência pré-natal. O não tratamento do parceiro, o tratamento inadequado das gestantes e a falha na identificação dos casos de sífilis na gestação são pontos frágeis na prevenção da sífilis. No Distrito Federal a sífilis durante a gestação ocorre mais em mulheres entre 20 e 29 anos, com baixa renda e pouca escolaridade. Esse perfil pode apontar para a dificuldade de acesso aos serviços de saúde dessa população, levando a um pré-natal inadequado e consequentemente à prevalência da transmissão vertical da sífilis. A principal falha no tratamento dessas gestantes é o tratamento inadequado ou o não tratamento dos parceiros, ressaltando a importância de incluir os pais no pré-natal para que o tratamento das mães se torne efetivo. As condutas iniciais para diagnóstico e tratamento da sífilis não seguem as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, na maioria das vezes. A qualidade do pré-natal oferecido ainda não é suficiente para se garantir o controle dessa doença, sendo necessário a captação precoce e a fixação

das mulheres nos serviços de saúde, além da efetivação do tratamento tanto da gestante, como do parceiro para uma melhor qualidade no atendimento a esses casos.

Considerações finais: o Brasil ainda tem muito o que fazer para que esse índices cheguem ao ideal, por isso precisa de um remodelamento de como essa enfermidade é tratada. É importante que esse remodelamento inclua a investigação e diagnóstico precoce do agravo, principalmente nos grupos de maior risco, assim como a disponibilização de tratamento adequado tanto para a gestante como para o parceiro, incluindo o pai no processo de pré-natal de forma mais ativa. Esse agravo ainda pode piorar pela falta da matéria prima que produz a Penicilina, droga de escolha para tratamento de sífilis na gestante. É necessário que se invista em pesquisas para novas opções terapêuticas para sífilis.

SÍNDROME METABÓLICA EM MULHERES DURANTE A TRANSIÇÃO MENOPÁUSICA.

Luiza Ferreira Pinto, UCB, ferrisluiza@gmail.com.

Carolina Flores Welker, UCB, carolinafwelker@gmail.com.

Raiane Maiara dos Santos Pereira, UCB, raianemspereira@gmail.com

Palavras-chave: Diabetes tipo II. Doenças cardiovasculares. Menopausa. Obesidade.

A alta prevalência de hipertensão arterial, intolerância à glicose, obesidade e hipercolesterolemia durante a transição menopáusica é um fator fundamental para o diagnóstico da síndrome metabólica (SM). A SM é um transtorno complexo presente na atualidade e é reconhecida como um grande risco à saúde pela American Heart Association. Essa síndrome representa um conjunto importante de fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV) e diabetes tipo II, como hipertensão arterial, obesidade e distúrbios do metabolismo glicídico e lipídico. Alguns estudos relatam a relação direta entre a prevalência da SM e o aumento da idade em ambos os sexos. No entanto, há indícios que as alterações que ocorrem durante a transição menopáusica nas mulheres aumentam o risco de doenças cardiovasculares e da prevalência da SM nessa parte da população, independente do envelhecimento natural e de outras variantes significativas como o tabagismo e fatores genéticos, o que pode ser demonstrado a partir da observação de que pacientes submetidas à menopausa cirúrgica precoce também apresentam maior risco de desenvolver DCV. Tal prevalência nessas pacientes pode ser explicada pelo hiperandrogenismo relativo e hipoestrogenismo presente no período pós-menopausa. A perda da proteção estrogênica pode levar ao aumento dos níveis de colesterol LDL e à diminuição nos níveis de HDL. Além disso, devido a todas essas alterações hormonais, após a menopausa, ocorre maior suscetibilidade ao aumento da gordura abdominal e à formação de aterosclerose. Alguns autores também afirmam que o predomínio da testosterona pode ser responsável pelas alterações no metabolismo durante o climatério, visto que esse hormônio sexual está associado ao maior risco de DCV e é um fator preditor de obesidade visceral. Assim, percebe-se que a falência ovariana pode ser um fator determinante, em termos de desenvolvimento ou não de algum tipo de doença do sistema circulatório e, conseqüentemente, a SM. Apesar da importância da compreensão da síndrome metabólica dentro do contexto atual, há, ainda, inconsistência nos estudos acerca da correlação entre menopausa e SM. Entretanto, os dados já adquiridos indicam que essa correlação merece maior atenção dentro do contexto saúde-doença,

pois pesquisas demonstram que o status menopausal é fator de risco para alterações patológicas no metabolismo e para o estabelecimento da SM, resultando no aumento do risco a morbididades.

SÍNTESE E AVALIAÇÃO BIOLÓGICA DE DERIVADOS AMÍNICOS CANDIDATOS A AGENTES LEISHMANICIDA PLANEJADOS A PARTIR DO CARDANOL

Brenda de Lucena Costa, Universidade de Brasília-UnB, brenda-lucena@otmail.com

Luiz Antonio Soares Romeiro, Universidade de Brasília-UnB, lasromeiro@gmail.com

Introdução: devido ao aumento da resistência dos parasitas, a toxicidade, as falhas dos tratamentos atuais, e a falta de agentes clínicos eficazes contra a leishmaniose tegumentar e visceral, é necessário o desenvolvimento de novos agentes terapêuticos para o tratamento da leishmaniose. Os derivados do líquido da castanha de caju (LCC) possuem características hidrofóbicas e um anel aromático que são úteis ao planejamento de derivados da miltefosina. O planejamento mantém a característica lipofílica devido à similaridade com a cadeia alquílica da miltefosina, apresentando em adição a contribuição do anel aromático. Os análogos derivados do cardanol incluem variação no padrão de substituição do anel aromático, utilizando diferentes aminas. A hidroxila fenólica foi funcionalizada com a adição de um grupamento colina, possibilitando avaliar as contribuições eletrônicas e lipofílica dos derivados frente ao perfil desejado. Os novos padrões moleculares permitem a identificação de características estruturais relevantes para o perfil de atividade desta classe de compostos como uma nova alternativa terapêutica, visando efetividade com menor toxicidade e baixo custo.

Materiais e métodos: o cardanol saturado (LDT 10) foi utilizado como produto de partida para a síntese do LDT 117 que reagiu com as aminas formando as moléculas planejadas. Essa reação foi feita em micro-ondas, acrescentando ainda a acetonitrila e trietilamina. Em seguida, as aminas foram metiladas utilizando iodeto de metila e diclorometano em uma reação em refluxo com duração de 4 horas. As moléculas foram caracterizadas pelo fator de retenção (Rf) e ponto de fusão e, posteriormente, encaminhadas às análises por ressonância magnética nuclear (RMN), infravermelho e espectroscopia de massas para confirmação das estruturas moleculares. Após a confirmação das estruturas, as moléculas foram encaminhadas para as avaliações biológicas com os parasitas nas formas promastigotas e amastigotas, por fim, a análise de hemólise.

Resultados e conclusão: foram obtidas 21 moléculas e as estruturas de todas foram confirmadas pelos espectros de RMN. As reações obtiveram rendimentos que variaram de 43 a 98%. Os resultados das avaliações biológicas ainda não estão disponíveis, mas espera-se que esses derivados amínicos apresentem atividade leishmanicida significativa.

SÍNTESE E AVALIAÇÃO DE NOVOS LIGANTES DE RECEPTORES ATIVADOS POR PROLIFERADORES PEROXISSOMAI PLANEJADOS A PARTIR DO LÍQUIDO DA CASCA DA CASTANHA DE CAJU

Thais de A. M. Ferreira^{1,2,3}, Lilia Magomedova⁴, Carolyn L. Cummins⁴, Luiz A. S. Romeiro^{2,3}.

¹Laboratório de Desenvolvimento de Estratégias Terapêuticas, Universidade Católica de Brasília-DF. ²Laboratório de Desenvolvimento e Inovações Terapêuticas, Núcleo de Medicina Tropical, Universidade de Brasília-DF. ³Programa de Pós Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade de Brasília-DF. ⁴Nuclear Hormone Receptors in Human Health and Disease, Leslie Dan Faculty of Pharmacy, University of Toronto.

Receptores Ativados por Proliferadores Peroxissomais (PPARs) atuam como fatores de transcrição, regulando processos metabólicos envolvidos na dislipidemia e diabetes. Os fibratos, agonistas sintéticos PPAR α , controlam o metabolismo lipídico. Por sua vez, as tiazolidinedionas, agonistas PPAR γ , atuam como sensibilizadores insulínicos e redutores dos níveis de glicose plasmática. Uma vez que as atuais terapias medicamentosas apresentam limitações, a síntese de novos ligantes com ação mediada por PPAR tem sido alvo de intensas buscas, objetivando o tratamento de doenças metabólicas. No âmbito de uma linha de pesquisa que visa a utilização de lipídeos fenólicos do líquido da casca da castanha de caju, este trabalho descreve a síntese e a avaliação de novos ligantes PPAR planejados a partir do cardanol. Neste sentido, a metodologia sintética foi iniciada a partir da acetilação da mistura de cardanóis com anidrido acético e ácido fosfórico, sob radiação micro-ondas em aparelho doméstico. O derivado acetilado (LDT12i) obtido foi submetido à ozonólise seguida de redução com hidreto de boro e sódio, conduzindo ao derivado dihidroxilado (LDT71). LDT71 foi submetido à reação de *O*-alquilação regioespecífica com 2-bromoésteres na presença de carbonato de potássio em acetonitrila ou acetona, sob refluxo, conduzindo aos ésteres LDT296/LDT476. Estes foram submetidos às reações de hidrólise com hidróxido de lítio aos ácidos LDT297/LDT477, e oxidação aos carboetóxiácidos LDT298/LDT478. Por sua vez, LDT298/478 foram submetidos à hidrólise aos diácidos (LDT299/LT479) e esterificação com iodeto de etila em acetona, fornecendo os derivados diésteres (LDT480/LDT481). Na avaliação farmacológica, células HEK293 foram transfectadas com os plasmídeos de expressão, GAL4-hPPAR α e GAL4-hPPAR γ , tratadas com os compostos a 50 μ M e ensaiadas para a atividade de gene reporter luciferase. Hepatócitos primários e pré-adipócitos 3T3-L1 foram cultivados com

ligantes a 25 μ M e 50 μ M, o RNA extraído e as proteínas mensuradas por qPCR para análise da expressão gênica. Adicionalmente, a adipogênese foi evidenciada pela coloração com óleo vermelho O. Os resultados demonstraram que LDT477 e LDT480 apresentaram perfil transcricional dual para PPAR α (EC₅₀ 21,0 μ M e 3,9 μ M) e PPAR γ (EC₅₀ 14,0 μ M e 21,1 μ M), respectivamente. Os referidos derivados aumentaram a captação e oxidação de ácidos graxos em hepatócitos primários, e foram considerados indutores de adipogênese em pré-adipócitos. Neste contexto, foram obtidos 12 derivados-alvo em rendimentos globais que variaram de 62% a 99%, caracterizados por espectros de Ressonância Magnética Nuclear. Os dados farmacológicos demonstraram a capacidade dos compostos em ativar a transcrição e mediar os efeitos biológicos de PPAR. Por fim, os estudos sobre a cardiotoxicidade dos derivados compreendem a perspectiva deste trabalho.

SÍNTESE E AVALIAÇÃO DO PERFIL CITOTÓXICO DE NOVAS CHALCONAS PLANEJADAS A PARTIR DO CARDANOL

Andressa Souza Oliveira^{1,2,3}, Luiz Antônio Soares Romeiro^{2,3}, Claudia Pessoa⁴.

¹Laboratório de Desenvolvimento de Estratégias Terapêuticas (LADETER). Universidade Católica de Brasília, Brasília- DF. ²Laboratório de Desenvolvimento de Inovações Terapêuticas (LDT). Universidade de Brasília, Brasília-DF. ³Faculdade de Saúde. Programa de Pós Graduação em Ciências Farmacêuticas. Universidade de Brasília, Brasília- DF. ⁴Laboratório de Oncologia (LOE). Universidade Federal do Ceará- CE.

O câncer oscila entre primeira e segunda enfermidade com maior índice de mortalidade no mundo. Em face aos alarmantes dados estatísticos o desenvolvimento de novos agentes baseado em produtos naturais tem sido intensamente explorado na busca de tratamentos mais eficazes para sua farmacoterapia. As chalconas, flavonoides de cadeia aberta, constituem importante grupo de produtos naturais com quimiodiversidade e propriedades biofarmacológicas convergentes a estes esforços. Descrevemos neste trabalho a síntese e avaliação do perfil citotóxico de novas chalconas, entidades químicas e misturas, planejadas a partir do líquido da casca da castanha do caju (LCC técnico). As metodologias sintéticas empregadas forneceram cinco intermediários em rendimentos que variaram de 70% a 90%. A partir dos aldeídos derivados da funcionalização do cardanol foram obtidas nove chalconas com cadeia saturada, em rendimento de 25% a 70%, enquanto onze misturas de chalconas com cadeias insaturadas – monoeno (C8'-C9'), dieno (C8'-C9' e C11'-C12') e trieno (C8'-C9', C11'-C12' e C14'-C15' – foram obtidas a partir das misturas de aldeídos, em rendimentos na faixa de 22% a 77%. Os intermediários e produtos finais foram avaliados em triagem inicial quanto ao potencial citotóxico com MTT nas linhagens PC3, HCT116 e SF295. Para quatro derivados intermediários e três misturas de chalconas o percentual inibitório do crescimento celular apresentado foi igual ou superior a 75% em pelo menos duas linhagens testadas. Foram determinados os valores de IC₅₀ frente a dez linhagens de células tumorais, fibroblasto murino (L929) e células mononucleadas do sangue periférico (PBMC). As chalconas selecionadas não promoveram hemólise a 200 µg/mL. Os estudos de relações estrutura-atividade indicaram a relevância dos grupos fenólicos como farmacofóricos para os intermediários bem como para o anel B das chalconas e, auxofóricos para o anel A das diidroxichalconas, as cadeias laterais insaturadas

foram identificadas como arcabouços moleculares significativos para a otimização destes compostos.

Palavras-chave: Câncer, Chalconas, Citotoxicidade, Líquido da Casca da Castanha do Caju.

**TEOR DE COMPOSTOS FENÓLICOS TOTAIS NA FARINHA DA CASCA E
FARINHA DA SEMENTE DESENGORDURADA DE PASSIFLORA EDULIS SIMS
F.FLAVICARPA DEGENER EM DIFERENTES ESTÁGIOS DE MATURAÇÃO**

Mateus Araújo das Neves¹; Fabiani Lage Rodrigues Beal²

¹Discente do curso de Nutrição da Universidade Católica de Brasília

²Docente do Curso de Nutrição da Universidade Católica de Brasília

Compostos antioxidantes de origem dietética principalmente os polifenóis, são indispensáveis no combate aos radicais livres e seu consumo pela população brasileira estima-se em 460mg/dia sendo o mais consumido dentre outros fitoquímicos com a capacidade de neutralização dos radicais livres. A família passifloraceae possui aproximadamente 16 gêneros e 650 espécies, com 776 toneladas de frutos colhidas no ano de 2012 no Brasil, contribuindo com 90% da produção global desse gênero, sendo o *Passiflora Edulis Sims forma Flavicarpa Degener* (Maracujá-amarelo) o mais cultivado e objetivo do atual estudo no que diz respeito ao teor de compostos fenólicos totais, compreendendo a farinha da casca e a farinha da semente desengordurada. Unidades de maracujás-amarelos em seus diferentes estágios de maturação (1/3 amarelo, 2/3 amarelo e inteiro amarelo) foram selecionados e processadas, afim da produção da farinha da casca (FC), obtida por método de liofilização em liofilizador Terroni® modelo: LC3000 e farinha da semente (FS), desengordurada com éter em extrator tipo soxhlet, posteriormente ambas moídas em moinho Tecnal® Modelo: TE-631/1 e peneiradas em peneira Bertel® com granulometria de 32 mesh. A farinha da casca (FC) e farinha da semente desengordurada (FS) foram submetidas à extração em solução metanólica 70% e acetónica 80%. A determinação do teor de compostos fenólicos totais (CFT) nos extratos foi realizada por meio de espectrofotometria utilizando o método Folin-Ciocalteu adaptado, com diluição do reagente 1:10. A curva de calibração foi construída com padrões de ácido gálico (10 a 80ug de ácido gálico/ml) e os resultados expressos em equivalentes de ácido gálico (EAG). Respectivos teores de CFT da FC e FS do maracujá-amarelo em função dos estádios de maturação, expressos em mg de ácido gálico/100g: Farinha da casca 1/3 amarela: 649,11 ± 14,91^b; Farinha da casca ½ amarela: 764,85±19,31^a; Farinha da casca Inteiro amarela: 666,85±10,58^b; Farinha da semente 1/3 amarela: 439,75±18,56^b; Farinha da semente ½ amarela: 1.641,9±31,28^a; Farinha da semente inteiro amarela: 1.782,98±103,66^a. Para cada farinha analisada, valores médios com letras diferentes diferem significativamente a $p \leq 0,05$. Os valores de p foram

obtidos por one-way ANOVA e as médias foram comparadas pelo teste de Tukey. Os valores mensurados constituem-se um fator positivo para a utilização da farinha da casca e semente do maracujá-amarelo não somente como fonte de fibras, mas de compostos antioxidantes. Embora os teores de compostos fenólicos totais presentes na farinha de casca de maracujá amarelo sofram variação menor em função do estágio de maturação, no caso da farinha de sementes a maturação do fruto quadruplica os teores destes compostos bioativos. Este achado é importante para a produção de ingrediente funcional do tipo farinha de sementes, contribuindo para o aproveitamento integral da cultura e a agregação de valor ao subproduto.

TOXOPLASMOSE CONGÊNITA E SUAS REPERCUSSÕES CLÍNICAS – UM RELATO DE CASO

Kathleen Dianne Gomes Cavalcante, Tayane Oliveira Pires, Thais Reggiani Cintra, Vitória Maria Fulanette Corrêa e Miriam Oliveira dos Santos.

Introdução: A toxoplasmose é uma doença de dispersão mundial, com alta prevalência sorológica causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*, tendo como hospedeiro definitivo os felídeos e hospedeiros intermediários outros mamíferos, incluindo o ser humano, e aves. Estima-se que no Brasil entre 4 e 5% das mulheres no menacme têm risco de se infectar durante a gestação e 50 a 80% das gestantes já entraram em contato com o protozoário em alguma fase da vida. No primeiro trimestre o risco de transmissão vertical é de 15% e a principal complicação é o abortamento ou óbito neonatal. No segundo trimestre, é de 25% e o recém-nascido geralmente não apresenta manifestações clínicas. No terceiro trimestre, os riscos se elevam para 65% e o neonato costuma apresentar parasitemia grave. Sabe-se que a toxoplasmose congênita causa grande impacto sanitário, afinal, ela tem repercussões clínicas extremamente graves, principalmente as de acometimento neurológico e ocular. Este trabalho tem o objetivo de descrever um caso de transmissão vertical de toxoplasmose.

Materiais e métodos: MASP, 23 anos, G6P6A0, realizou apenas uma consulta de pré-natal apresenta VDRL e teste rápido para HIV não reagentes e teve parto domiciliar. RN nasceu com 2240 kg, comprimento de 43 cm, perímetro cefálico de 32,3cm, 38 semanas e 4 dias. Apresenta teste do reflexo vermelho sem alterações. Em exame de triagem neonatal biológica, possui toxoplasmose IG M reativo em duas amostras. Exame de fundoscopia revelou em olho direito, lesão cicatrizada de coriorretinite em região macular e em olho esquerdo, pequena lesão na mácula. Ecografia transfontanelar mostrou presença de hiperecogenicidade em sulco caudo-talâmico a direita, sugestivo de hemorragia subependimária (grau I). Paciente está recebendo tratamento com Sulfadiazina, Pirimetamina, Ácido folínico e Protovit.

Discussão dos resultados: Mulheres grávidas são frequentemente assintomáticas, tornando o diagnóstico clínico difícil, por isso o acompanhamento sorológico deve ser periódico durante a gestação. No caso apresentado apenas uma consulta pré-natal foi realizada, dificultando a identificação da infecção materna. RN nasceu a termo, baixo peso, PIG e na triagem neonatal biológica foi detectada a presença de toxoplasmose IG M, confirmando o diagnóstico pós-natal de infecção congênita. Exames complementares como a fundoscopia evidenciaram coriorretinite e a

única alteração neurológica detectada no RN, por meio da ecografia, foi a imagem sugestiva de hemorragia subependimária, contudo é importante ressaltar que crianças com toxoplasmose congênita podem apresentar hidrocefalia, necrose periventricular com macro ou microcefalia, calcificações cerebrais, retardo mental, neurite óptica, microftalmia, nistagmo e estrabismo. O tratamento instituído utilizou o esquema tríptico e deve ser estendido até um ano de idade.

Conclusão: A toxoplasmose congênita deve ser abordada como vigilância à saúde do recém-nascido. Como o paciente com toxoplasmose geralmente é assintomático, é importante que a gestante seja orientada sobre as formas de contaminação e profilaxia da doença; tenha acesso aos exames diagnósticos e, se necessário, ao tratamento precoce. Para evitar sequelas graves como retinocoroidite apresentada pelo paciente deste caso, uma identificação precoce do recém-nascido de risco associada ao seguimento em ambulatório de referência junto com a atenção primária de saúde.

TREINAMENTO DE FORÇA ISOMÉTRICO PARA IDOSOS E COMPONENTES ANATÔMICOS ENVOLVIDOS*

Hyago De Castro Resende³⁴; Bruno Sousa Lopes³⁵; Polyanne Junqueira Silva Andresen Strini³⁶; Raphael Lopes Olegário³⁷; Paulinne Junqueira Silva Andresen Strini³⁸

Palavras-Chave: Anatomia, Isometria, Musculação, Extensão Comunitária.

Com o intuito de desenvolver e fortalecer a musculatura, o treinamento de força isométrico tem sido inserido em rotinas de atividades físicas de indivíduos da terceira idade. O estudo em questão tem por finalidade a promoção da saúde e divulgação de movimentos isométricos para comunidade por meio de extensão comunitária, além da análise dos principais músculos e articulações trabalhadas na sua realização. De acordo com a metodologia adotada, foi realizada uma apresentação pública, previamente divulgada em redes sociais, e demonstração de movimentos adaptados para idosos em cinco aulas ministradas pela equipe executora do projeto nas dependências da Faculdade de Educação Física e Dança da Universidade Federal de Goiás. Assim, foi capaz de incentivar sua prática e estimular a inclusão deste tipo de treinamento em outras atividades físicas realizadas pelos participantes, contribuindo para a divulgação. Em adição, foi realizada uma palestra para o público a respeito dos benefícios do treinamento isométrico aliado a demais atividades e influências no controle de doenças oportunistas. A partir disto, foram selecionados quatro movimentos, com auxílio do software Athletic, realizados ao longo da execução das atividades dos participantes e uma análise anatômica foi apresentada. Os mesmos incluem prancha; flexão de perna; extensão de braço e elevação de peso. Em seguida, foi realizada a análise fotográfica dos principais músculos e articulações envolvidos, possibilitando a identificação dos componentes anatômicos trabalhados. Pode-se dizer que o referido método configura-se como um instrumento de trabalho para o profissional da Educação Física que, aliado ao estudo anatômico com recursos digitais, pode designar um conjunto de exercícios mais eficazes para a promoção de saúde para grupos especiais. Conclui-se que o presente estudo contribuiu para a divulgação do treinamento para idosos e

³⁴*Resumo revisado pela Profa. Dra. Paulinne Junqueira Silva Andresen Strini, coordenadora do Projeto de Extensão “A Prática da Anatomia Humana na Rotina Estudantil e na Comunidade”, cadastrado sob o código PJ186-2017.

Instituto de Ciências Biológicas /UFG – e-mail: hyagovts@gmail.com;

³⁵ Curso de Fisioterapia /UNIEURO – e-mail: brunoslopesfisio@gmail.com;

³⁶ Curso de Medicina - Regional Jataí /UFG – e-mail: polyjsas@gmail.com;

³⁷ Instituto de Ciências Biológicas /UFG – e-mail: mr.raphaelolegario@gmail.com;

³⁸ Instituto de Ciências Biológicas /UFG – e-mail: paulinnejsas@gmail.com;

propagação do conhecimento anatômico para futuros estudos na área.

TRÍADE DA ATLETA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Bruna Serpa da Silva, Universidade Católica de Brasília, manubru48@gmail.com

Fábio Santana Passos, Universidade Católica de Brasília, fabiosago@gmail.com

Juliana Faleiro Pires, Universidade Católica de Brasília, julianafaleirop@hotmail.com

Camila Pereira Rosa, Universidade Católica de Brasília, camilapr.95@gmail.com

Lucas Nunes Menezes Regis Serafim, Universidade Católica de Brasília, lnmrs@hotmail.com

Introdução: O trabalho visa compreender os efeitos do descompasso entre ingesta e o gasto energético, caracterizado pela tríade da atleta. Realizou-se uma busca ativa na literatura, entre os anos de 2016 e 2017, nas bases de dados Lilacs, Scielo e Pubmed, com as palavras chaves: “*athlete*”, “*amenorrhea*” e “*osteoporosis*”. Foram excluídos os artigos que não adequavam-se ao tema. A tríade da atleta possui 3 componentes: função menstrual, densidade mineral óssea (DMO) e disponibilidade de energia, os quais variam em diversos espectros. A paciente pode apresentar 1, 2 ou 3 componentes. Os fatores de risco estão relacionados aos atletas que participam de esportes de resistência, idade precoce na especialização esportiva, disfunção familiar, abuso e dieta.

Desenvolvimento: A disponibilidade de energia ótima é de 45 kcal/kg FFM por dia em adultos do sexo feminino. Uma disponibilidade energética menor que 30 é capaz de interromper a função menstrual e mineralização óssea, devido problemas no LH. O espectro de disponibilidade energética varia de ideal a inadequada, com ou sem distúrbios alimentares. Associados a longos períodos de dieta, lesões e pressões sociais. Em relação a função menstrual, o espectro varia desde anovulação, disfunção lútea, oligomenorréia e amenorréia. A amenorréia está ligada a uma DMO menor, atletas com disfunções menstruais tem maior chance de sofrer lesões músculo-esquelético e maior risco cardiovascular. Outro componente é a DMO, o qual é mais relevante em adolescentes. Influenciado pela genética, participação em atividades com peso e dieta, sendo que uma disponibilidade energética insuficiente causa aumento da reabsorção óssea, supressão da formação óssea e de estradiol.

Considerações finais: Diante da complexidade da tríade, é importante que os profissionais de saúde conheçam o espectro dos componentes e compreendam as pressões sociais impostas as adolescentes, a fim de que adquiram o corpo ideal. É relevante também que os treinadores e familiares tenham conhecimento sobre a problemática.

UMA VISÃO ANATÔMICA DOS MOVIMENTOS DA HIDROGINÁSTICA PARA IDOSOS

Juliete Albuquerque de Araújo³⁹; Bruno Sousa Lopes⁴⁰; Polyanne Junqueira Silva Andresen Strini⁴¹; Raphael Lopes Olegário⁴²; Paulinne Junqueira Silva Andresen Strini⁴³

Palavras-Chave: Anatomia, Atividade Física, Práticas Aquáticas, Extensão Comunitária.

A hidroginástica como uma prática de atividade física na terceira idade proporciona múltiplos benefícios, o que além de servir na prevenção e tratamento das doenças próprias do idoso, melhora significativamente a qualidade de vida do indivíduo e sua independência diária. O estudo em questão tem por finalidade a promoção da saúde e divulgação da modalidade para grupos especiais, além da análise dos principais movimentos, músculos e das articulações trabalhadas na sua realização. De acordo com a metodologia adotada, foram realizadas duas apresentações públicas, previamente divulgadas em redes sociais, e demonstração de movimentos em aulas ministradas pela equipe executora do projeto nas dependências da Faculdade de Educação Física e Dança da Universidade Federal de Goiás. Assim, foi capaz de incentivar sua prática e estimular a inclusão de mais participantes, contribuindo para a divulgação e promoção desta modalidade esportiva. Em adição, foi realizada uma palestra para o público a respeito dos benefícios da hidroginástica e influências no controle de doenças oportunas. A partir disto, foram selecionados quatro movimentos, com auxílio do software *Atletic*, realizados ao longo da execução das atividades dos participantes e uma análise anatômica foi apresentada. Os mesmos incluem flexão e extensão de braços; rotação de quadril; flexão de perna e circundução de braço. Em seguida, foi realizada a análise fotográfica dos principais músculos e articulações envolvidos, possibilitando a identificação dos componentes anatômicos trabalhados. Pode-se dizer que a referida modalidade configura-se como um instrumento de trabalho para o profissional da Educação Física que, aliado ao estudo anatômico com recursos digitais, pode designar um conjunto de exercícios mais eficazes para a promoção de saúde para grupos especiais. Conclui-se que o presente estudo contribuiu para a

³⁹*Resumo revisado pela Profa. Dra. Paulinne Junqueira Silva Andresen Strini, coordenadora do Projeto de Extensão “A Prática da Anatomia Humana na Rotina Estudantil e na Comunidade”, cadastrado sob o código PJ186-2017.

Instituto de Ciências Biológicas /UFG – e-mail: aajuliete@gmail.com;

⁴⁰ Curso de Fisioterapia /UNIEURO – e-mail: brunoslopesfisio@gmail.com;

⁴¹ Curso de Medicina - Regional Jataí /UFG – e-mail: polyjsas@gmail.com;

⁴² Instituto de Ciências Biológicas /UFG – e-mail: mr.raphaelolegario@gmail.com;

⁴³ Instituto de Ciências Biológicas /UFG – e-mail: paulinnejsas@gmail.com;

divulgação da modalidade para o público em geral, conscientização a respeito dos benefícios e divulgação do conhecimento para futuros estudos na área.

O VALOR ESCONDIDO DA FITOTERAPIA DO CENTRO DE REFERÊNCIA EM PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE PLANALTINA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Marília Cristina Rosa da Costa¹; Henry Maia Peixoto².

¹Discente do curso de Medicina do UniCEUB, mariliacrisrc@gmail.com.

²Docente do curso de Medicina do UniCEUB, henrymaiap9@gmail.com.

Planta medicinal é a espécie vegetal utilizada com propósito terapêutico. A maioria dos médicos não reconhece o poder medicamentoso próprio das plantas medicinais, além de não conhecerem da farmacologia das mesmas, para sua correta prescrição. O conhecimento popular sobre o manejo e a utilização de plantas medicinais, como remédios caseiros, é passado entre gerações; o que promove o autocuidado ao incluírem, socialmente, a população brasileira dentro do sistema de saúde. A Fitoterapia enriquece o conhecimento dos médicos sobre o cuidado holístico, possibilitando: o fortalecimento da comunicação e da relação médico-paciente; a adesão ao tratamento alopático; e a longitudinalidade da assistência. Em mais de 116 municípios brasileiros, o uso de plantas medicinais está presente, principalmente, por meio da atenção básica. A garantia de acesso às plantas medicinais com segurança, eficácia e qualidade é uma estratégia para a melhoria da atenção à saúde e à inclusão social. Com isso, o Ministério da Saúde estabeleceu a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e elaborou a Relação Nacional de Plantas de Interesse ao Sistema Único de Saúde (SUS). Dentro dos agravos mais tratados na Atenção Primária, estão as doenças crônicas não transmissíveis: dores em geral, distúrbios respiratórios e digestivos. Essas são tratadas com plantas medicinais e medicações alopáticas de controle. Já, no tratamento de doenças graves ou agudas, a cura restringe-se aos alopáticos, ficando à Fitoterapia, o papel de manutenção da qualidade de vida. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de discente de Medicina durante atividade de Interação em Saúde da Comunidade sobre a não implementação da Fitoterapia do Centro de Referência em Práticas Integrativas em Saúde (CERPIS) na assistência médica do Centro de Saúde nº 1 de Planaltina. Atualmente, o SUS do Distrito Federal apresenta um CERPIS em Planaltina. Este tem a função de contribuir no ensino, pesquisa e atenção das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, dentre as quais está a Fitoterapia. No entanto, percebe-se, que essa abordagem terapêutica está longe de ser incluída na prática ambulatorial. O CERPIS de Planaltina localiza-se ao lado do Centro de Saúde nº 1 de Planaltina, e a proximidade física, até o

momento, não foi fator facilitador da inclusão de fitoterápicos na prescrição medicamentosa dos médicos de família e comunidade, clínicos gerais e pediatras que ali trabalham. Parte-se do princípio de que com a implementação da Fitoterapia no SUS, os médicos passam a ter a obrigação de ampliarem a forma de cuidado ao usuário da Atenção Primária. Um exemplo disso é o uso de fitoterápicos à base de maracujá (*Passiflora*), relacionados à redução da prescrição de ansiolíticos. Dessa forma, o uso de plantas medicinais e de fitoterápicos passa a ser uma abordagem terapêutica real pelos médicos na promoção da saúde, e na prevenção, tratamento e cuidado paliativo das queixas mais prevalentes da atenção básica.

PALAVRAS-CHAVE: Fitoterapia; CERPIS; Atenção Primária.