

ANAIS DO COMED

Realização:



24 a 27 de outubro de 2018





CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS DE MINAS

Reitor

Milton Roberto de Castro Teixeira

Pró-Reitor de Ensino, Pesquisa e Extensão

Henrique Carivaldo de Miranda Neto

Pró-Reitor de Planejamento, Administração e Finanças

Renato Borges Fernandes

Diretor de Graduação

Maria Marta do Couto Pereira Rodrigues

Coordenadora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão

Adriana de Lanna Malta Tredezini

Coordenadora do Curso de Medicina

Maura Regina Guimarães Rabelo

ANAIS DO COMED

Comissão Organizadora

Profª Me. Kelen Cristina Estavanate de Castro

(Presidente)

Profª Esp. Maura Regina Guimarães Rabelo

(Vice Presidente)

Gianne Palácio Teixeira Eller

Lara Cruvinel Fonseca

Larissa Silva Cyrino

Luíza Pereira Lopes

Mariane de Melo Silveira

Verônica Marques da Silva

(Acadêmicos)

Comissão Científica

Prof. Esp. Alessandro Reis (alessandro@unipam.edu.br)

Prof. Me. Bethania Cristhine de Araújo (bethania@unipam.edu.br)

Prof. Esp. Edson Freire Fonseca (edsonffonseca@unipam.edu.br)

Profª Esp. Elisangela Aparecida Galdino Menezes (elisangela@unipam.edu.br)

Prof Esp. Humberto Caldeira Brant Junior (humbertocb@unipam.edu.br)

Prof Esp. Jonatha Cajado Menezes (jonathacm@unipam.edu.br)

Profª Dra. Juliana Ribeiro Gouveia Reis (julianagr@unipam.edu.br)

Profª Dra. Karine Cristine de Almeida (karineca@unipam.edu.br)

Profª Me. Karine Siqueira Cabral Rocha (karinescr@unipam.edu.br)

Profª Esp. Kelen Cristina Estavanate de Castro (kelen@unipam.edu.br)

Profª Me. Laís Moreira Borges Araújo (laismba@unipam.edu.br)

Profª Dra. Marilene Rivany Nunes (maryrivany@unipam.edu.br)

Prec Me. Marcos Leandro Pereira (marcoslp@unipam.edu.br)

Profª Esp. Maura Regina Guimarães Rabelo (maura@unipam.edu.br)

Prof. Dra. Natália de Fátima Gonçalves Amâncio (nataliafga@unipam.edu.br)

Profª Dra Nayane Moreira Machado (nayane@unipam.edu.br)

Comissão de Apoio

Darah Cristina bispo Machado

Samara Pereira Vaz

Natália Vítor Damasceno

Organização dos Anais

Profª Me. Kelen Cristina Estavanate de Castro (kelen@unipam.edu.br)

INFORMAÇÕES E CONTATO



Centro Universitário de Patos de Minas

Rua Major Gote, 808 – Caiçaras

38702-054 Patos de Minas, MG

Telefone: (34) 3823-0135

E-mail: trabalhos7comed@gmail.com

Sumário

- 08 **Resumos de trabalhos do curso de Medicina**
- 09 **CATEGORIA:** Estudantes
- 10 **MODALIDADE:** Apresentação Oral
- TEMA:** Clínica Médica
- 11 Avaliação do potencial carcinogênico e/ou anticarcinogênico do óleo de cártamo em *Drosophila Melanogaster*, por meio do teste para detecção de clones de tumores epiteliais
- 18 Perfil cognitivo e funcional de residentes em uma instituição de longa permanência para idosos no interior de Minas Gerais
- TEMA:** Saúde Coletiva
- 23 A problemática da redução da cobertura vacinal do Brasil: análise epidemiológica e correlações
- 33 Caracterização do perfil bioquímico de jogadores de basquetebol em cadeiras de rodas
- 40 Georreferenciamento dos pacientes portadores de AIDS e sua importância para o controle epidemiológico da doença
- 51 O olhar de estudantes de medicina sobre a aprendizagem baseada em problemas
- 56 Comparação da V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (2013) e de sua atualização (2017) quanto ao perfil lipídico de jogadores de basquetebol em cadeiras de rodas
- TEMA:** Urgência e Emergência
- 62 Caracterização dos atendimentos no serviço de atendimento móvel de urgência em Patos de Minas
- TEMA:** Pediatria
- 66 Rede social das crianças acometidas pela Diabetes Mellitus tipo I: percepção das crianças
- MODALIDADE:** Pôster
- TEMA:** Cirurgia

72 Avaliação da viabilidade de induzir a obesidade e do *sleeve* gástrico em ratos *wistar*

TEMA: Clínica Médica

82 Achados radiológicos da deiscência dos canais semicirculares associado ao zumbido

89 Critérios diagnósticos para pesquisa de fatores predisponentes da instabilidade femoropatelar: uma revisão de literatura

93 Investigação não invasiva da síndrome coronariana por método de imagem

98 Miastenia Gravis: uma ampla revisão da abordagem clínica nos dias atuais

105 O ensino da comunicação na graduação em medicina

111 O papel das aulas de habilidades de comunicação na formação dos estudantes de medicina: um relato de experiência

115 Urolitíase associada à osteoporose: o que diz a literatura

119 Vitiligo associado à melasma: uma revisão de literatura

TEMA: Ginecologia e Obstetrícia

125 Um olhar sobre a violência obstétrica

TEMA: Medicina de Família e Comunidade

133 A importância da territorialização na atenção primária à saúde: um relato de experiência

137 Diabetes Mellitus: depressão, adesão ao tratamento e qualidade de vida

142 Exame eletrocardiograma na unidade básica de saúde: consenso dos preceptores médicos

147 Integração ensino, serviço e comunidade, e o desenvolvimento de habilidades de comunicação na relação médico-paciente

151 A percepção de acadêmicas de medicina sobre a eficácia da consulta conjunta na coleta do exame colpocitológico em uma unidade de saúde em Patos de Minas – MG

155 Avaliação da percepção do usuário quanto à inserção de acadêmicos de medicina na atenção primária à saúde

TEMA: Saúde Coletiva

- 162 A importância da habilidade de comunicação durante o atendimento nas práticas ambulatoriais: um relato de experiência
- 166 A relevância das práticas funcionais na formação holística do acadêmico de medicina: relato de experiência
- 170 Desempenho do UNIPAM na ANASEM
- 174 Efeitos da terapia do riso: uma revisão de literatura
- 184 Iniciação científica: contribuições e desafios
- 190 Levantamento das doenças sexualmente transmissíveis mais prevalentes na macrorregião noroeste de minas gerais
- 195 O perfil epidemiológico da dengue no Brasil e sua correlação com as precárias condições de saneamento básico
- 206 Simulação realística: as vantagens e as desvantagens dessa nova prática pedagógica
- 212 Uma percepção acadêmica sobre a importância da nutrição infantil aliada a medidas educativas
- TEMA:** Saúde Mental
- 217 Aspectos da Síndrome de BURNOUT nos profissionais da urgência e emergência: uma revisão da literatura
- 226 Contribuição da rede social aos acadêmicos do curso de medicina acometidos por ansiedade
- 230 Espiritualidade: uma estratégia paliativa para amenizar sofrimentos
- TEMA:** Urgência e Emergência
- 234 Escala de coma de GLASGOW com resposta pupilar (ECG-P) e sua relação com o prognóstico de pacientes com TCE: uma revisão da literatura
- 242 Urgências dermatológicas
- 246 Papel da hemotransfusão no tratamento do choque hemorrágico nos dias atuais
- 252 Voo 3115, Urgência a bordo: Relato de experiência

Resumos de trabalhos do curso de Medicina



ANAIS DO COMED

CATEGORIA: *Estudantes*

MODALIDADE: Apresentação Oral

TEMA: Clínica Médica

AVALIAÇÃO DO POTENCIAL CARCINOGENÉTICO E/OU ANTICARCINOGENÉTICO DO ÓLEO DE CÁRTAMO EM *DROSOPHILA MELANOGASTER*, POR MEIO DO TESTE PARA DETECÇÃO DE CLONES DE TUMORES EPITELIAIS

José Diogo David de Souza¹; Carlos Eduardo Carvalho¹; Priscila Capelari Orsolin²

¹Acadêmicos do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas;

²Docente do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas. Doutora em Genética e Bioquímica. E-mail para contato: josediodavid@hotmail.com

RESUMO

O cártamo (*Carthamus tinctorius*) é uma planta cultivada e apreciada desde a antiguidade em todo mundo. De suas sementes é extraído um óleo de elevado valor dietético, muito usado como suplemento alimentar, o denominado óleo de cártamo. Nesta pesquisa, foi utilizado o teste para detecção de clones de tumores epiteliais (Warts) em *Drosophila melanogaster*, com a finalidade de conhecer o potencial anticarcinogênico e/ou carcinogênico do óleo de cártamo. Para tal, larvas *wts+/+mwh*, foram tratadas com o quimioterápico doxorrubicina (0,4mM), reconhecidamente indutor de tumor, como óleo de cártamo (0,5%; 1% e 2%) e com a associação de ambos. O óleo de cártamo não induziu aumento nas frequências de tumores quando comparado ao controle negativo (tween 80 1%). Contudo, na associação com a doxorrubicina foram constatadas reduções, estatisticamente significativas ($p < 0,05$), na frequência de tumores induzidos pelo quimioterápico. Dessa forma, nas condições experimentais propostas neste estudo, o óleo de cártamo apresentou efeito anticarcinogênico em células de *D. melanogaster*.

PALAVRAS-CHAVE: Anticarcinogênico. *Carthamus tinctorius*. Óleo de cártamo. Warts.

INTRODUÇÃO

Diversos estudos apontam que o aparecimento do câncer está intimamente entrelaçado a uma multiplicidade de causas (etiologia multifatorial), incluindo fatores como tabagismo, inatividade física, alimentação inadequada, excesso de peso, consumo excessivo de álcool, exposição a radiações ionizantes e a agentes infecciosos específicos, entre outros. A suscetibilidade genética manifesta papel crucial nesse processo, mas é a interação entre a suscetibilidade e os fatores ou condições resultantes do modo de vida e do ambiente, que estabelece o processo de adoecimento por câncer (BRASIL, 2006). Nesse contexto, Garófolo *et al.* (2004) reforçam que as diversas formas de evolução dos cânceres mais prevalentes em todo o mundo apresentam relação direta com hábitos alimentares, inferindo-se que cerca de 35% dos vários tipos de câncer estão associados à dietas inadequadas. Há inúmeras evidências científicas de que a alimentação tem um papel importante nos estágios de iniciação, promoção e propagação do câncer, destacando-se entre outros fatores de risco. Acredita-se, também, que uma dieta adequada poderia prevenir de três a quatro milhões de casos novos de cânceres a cada ano. Ainda em relação aos hábitos alimentares,

com o propósito de redução da incidência dessa doença, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) recomenda uma dieta equilibrada, com baixo teor de colesterol, lipídios e ácidos graxos saturados. Em correspondência, recomenda, também, a ingestão aumentada de ácidos graxos monoinsaturados e poli-insaturados na dieta, substâncias estas abundantes em óleos de origem vegetal, por exemplo (HIPOLITO; KARINA, 2014). As plantas e os produtos naturais delas derivados têm sido utilizados ao longo da história com variados fins. O *Carthamus tinctorius* (açafraão agreste ou açafroa) é uma especiaria conhecida, cultivada e apreciada desde a antiguidade em todo mundo, como matéria corante, aromatizante e medicinal. De suas sementes é extraído um óleo de elevado valor dietético muito usado, atualmente, como suplemento alimentar, o denominado óleo de cártamo, rico em componentes benéficos à saúde (PINTÃO; SILVA, 2008), como as gorduras poli-insaturadas e a vitamina E (EKIN, 2005).

OBJETIVOS

Avaliar o efeito carcinogênico e/ou anticarcinogênico do óleo de cártamo em *Drosophila melanogaster*, por meio do teste para detecção de clones de tumores epiteliais (*warts*). Avaliar se o óleo de cártamo é capaz de interagir com a doxorubicina, reduzindo os tumores induzidos por essa substância e, se positivo, quantificar em quais segmentos do corpo da *D. melanogaster* haverá maior redução. Verificar se haverá relação de dependência entre as frequências de tumores observadas e as concentrações testadas de óleo de cártamo. Identificar se óleo de cártamo possui efeito tóxico em *D. melanogaster*.

MATERIAIS E MÉTODOS

ÓLEO DE CÁRTAMO

O óleo de cártamo foi adquirido comercialmente na farmácia universitária do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM). O produto é produzido através de manipulação e comercializado em cápsula mole de gelatina, molde 18 oblongo, cor natural, suspensão oleosa de cor amarelada e livre de material estranho com peso médio do conteúdo de 1000,00 mg/caps, contendo óleo de cártamo (*Carthamus tinctorius*). Lote: 4800; data de fabricação: 15/04/16; prazo de validade: 10/04/17. O mesmo foi utilizado no experimento nas seguintes concentrações: 0,5%; 1% e 2%.

DOXORRUBICINA

O agente indutor de tumor utilizado na presente pesquisa foi o cloridrato doxorrubicina, comercializado como Adriblastina® RD. A mesma é produzida pelo laboratório Pfizer sob a forma de pó liofilizado injetável de 50mg, em embalagem contendo 01 frasco-ampola. Lote: 5PL5023; data de fabricação: 02/2015; prazo de validade: 02/2019. A DXR foi utilizada na concentração de 0,4 mM.

TESTE PARA DETECÇÃO DE TUMORES EPITELIAIS EM *Drosophila melanogaster*

Para realização do referido teste genético foram utilizadas duas linhagens mutantes de *D. melanogaster* (*wts* e *mwh*) portadores dos marcadores genéticos *warts* (*wts*, 3-100) e *multiple wing hairs* (*mwh*, 3-03). Os estoques dessas linhagens são mantidos em frascos de ¼ de litro contendo meio de cultura de *D. melanogaster* (820 mL de água; 25g de fermento; 11 g de ágar; 156 g de banana e 1g de nipagin), a uma temperatura de aproximadamente 25°C e 60% de umidade. Para obtenção de larvas heterozigotas *wts+/+mwh* foi realizado o cruzamento entre fêmeas virgens *wts/TM3* com machos *mwh/mwh*. Desse cruzamento, todas as larvas obtidas foram utilizadas no tratamento experimental.

PROCEDIMENTO EXPERIMENTAL

Larvas de 3º estágio resultantes do cruzamento acima descrito foram submetidas a um tratamento crônico, por um período de, aproximadamente, 48 horas. Estas larvas foram colocadas em frascos de vidro contendo 1,5g de purê de batatas nas seguintes concentrações: óleo de cártamo 0,5%; óleo de cártamo 1%; óleo de cártamo 2%; óleo de cártamo 0,5% + doxorrubicina 0,4 mM; óleo de cártamo 1% + doxorrubicina 0,4 mM; óleo de cártamo 2% + doxorrubicina 0,4 mM; controle positivo: doxorrubicina 0,4 mM + Tween-80 1%; controle negativo: Tween-80 a 1%. Após o tratamento, todas as moscas foram coletadas e armazenadas em frascos contendo etanol 70%. Em sequência foram colocadas em placa escavada contendo glicerina e analisadas (uma a uma) em uma lupa estereoscópica para visualização e contagem dos tumores, de acordo com a descrição de Justice *et al.* (1995). Embora todas as moscas sejam coletadas, somente indivíduos adultos de pelos longos e finos foram analisados. As moscas adultas que apresentam pelos curtos e grossos foram descartadas, uma vez que não possuem o gene *wts* (gene em estudo). Para registrar a frequência de tumores foi utilizado uma planilha padrão, que separa quantitativamente os tumores encontrados por regiões do corpo da mosca: olhos, cabeça, asas, pernas, halteres e o total de tumores por mosca, em cada concentração testada.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

As diferenças estatísticas entre as frequências de tumores das concentrações testadas de óleo de cártamo e os controles (positivo e negativo) foram calculadas usando o teste *U*, não paramétrico, de Mann-Whitney ($\alpha=0,05$).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados encontrados demonstram a ação anticarcinogênica do óleo de cártamo nas concentrações 0,5%; 1% e 2%. Os testes para carcinogenicidade do óleo de cártamo não foram estatisticamente significativos em nenhuma concentração. É possível observar a frequência de clones de tumores por segmento da *Drosophila melanogaster* na Tabela 1.

Tabela 1 - Frequência de clones de tumor observados em *Drosophila melanogaster*, heterozigota para o gene supressor de tumor *wts*, tratada com óleo de cártamo e doxorrubicina.

Tratamento Óleo de Cártamo (concentração %)	DX R (m M)	Número de moscas	Número de tumores por mosca (total de tumores)						
			Olho	Cabeça	Asa	Corpo	Perna	Halter	Total
0	0	200	0,00 (0)	0,00 (0)	0,02 (4)	0,01 (2)	0,00 (0)	0,00 (0)	0,03 (6)
0	0,4	200	0,01 (2)	0,06 (13)	0,64 (129)	0,31(62)	0,03 (6)	0,01 (2)	1,07 (214)*
0,5	0	200	0,00 (0)	0,00 (1)	0,02 (4)	0,01 (2)	0,00 (0)	0,00 (0)	0,03 (7)
1	0	200	0,00 (0)	0,00 (0)	0,02 (5)	0,01 (2)	0,00 (0)	0,00 (0)	0,03 (7)
2	0	200	0,00 (0)	0,00 (1)	0,02 (4)	0,00 (1)	0,00 (0)	0,00 (0)	0,03 (6)
0,5	0,4	200	0,00 (0)	0,01 (3)	0,12 (25)	0,02 (5)	0,00 (1)	0,00 (0)	0,17 (34)**
1	0,4	200	0,00 (0)	0,01 (2)	0,09 (18)	0,03 (7)	0,00 (1)	0,00 (0)	0,14 (28)**
2	0,4	200	0,00 (0)	0,00 (0)	0,05 (10)	0,03 (7)	0,01 (2)	0,00 (0)	0,09 (19)**

Diagnóstico estatístico de acordo com Mann-Whitney Teste. Nível de significância $p \leq 0,05$

*Valor considerado diferente do controle negativo ($p \leq 0,05$)

**Valor considerado diferente do controle positivo (DXR 0,4 mM) ($p \leq 0,05$)

DXR, Doxorrubicina

Para o controle negativo utilizou-se Tween 80 (1%), observando-se a frequência de 0,03 tumores por mosca. Esta discreta indução de tumores ocorre devido à predisposição genética do organismo teste. Já o controle positivo, 0,4 mM de Doxorrubicina (DXR), induziu uma frequência de 1,07 tumores por mosca. Isso atesta que a linhagem responde a indução tumoral, já que houve diferença de tumores estatisticamente significativa ($p < 0,05$) em relação ao controle negativo. A quimioterapia antineoplásica atua alterando o DNA da célula tumoral a fim de conter seu crescimento. No entanto,

como a substância age sistemicamente, as células saudáveis também podem sofrer tais alterações, ocorrendo efeito oncogênico (GRIFFITHS *et al.*, 2006). Assim, torna-se relevante a avaliação dos efeitos cancerígenos do óleo de cártamo. As larvas que não foram submetidas ao tratamento com DXR, mas somente tratadas com a solução do óleo de cártamo, nas concentrações de 0,5%; 1% e 2% apresentaram frequências de 0,03; 0,03 e 0,03 tumores por mosca, respectivamente. Este resultado certifica que o óleo de cártamo, quando comparado ao controle negativo, não induziu aumento na frequência de tumores ($p > 0,05$) e, portanto, não apresentou efeito carcinogênico. O tratamento das larvas com a associação da DXR na concentração de 0,4 mM com o óleo de cártamo nas concentrações de 0,5%; 1% e 2% resultaram em frequências de tumores de 0,17; 0,14 e 0,09, respectivamente. É possível observar que estes três valores são significativamente menores ($p < 0,05$), em comparação com o controle positivo. Diante disso, evidencia-se que a solução de óleo de cártamo é capaz de reduzir tumores induzidos pela DXR em *Drosophila melanogaster*. Observa-se, ainda, que a redução aumenta com o aumento da concentração. O cártamo é uma das mais ricas fontes de ácido linoleico, por vez o AL apresenta uma gama de isômeros cada qual podendo exercer funções particularizadas ou conjuntas. O CLA (ácido linoleico conjugado) - uma família de isômero do ácido linoleico - em forma de suplemento é necessário para manter uma boa saúde, pois é extremamente difícil de obter um nível otimizado de CLA apenas seguindo uma dieta normal. Existem evidências que ácidos graxos de ocorrência natural na alimentação promovem a saúde e diminuem a prevalência de câncer, entre eles está o CLA (LEE *et al.*, 2005). Ha, Storkson e Pariza (1990) estudaram a ação anticarcinogênica do CLA em camundongos submetidos à indução de câncer de estômago por benzopireno e observaram que animais tratados com CLA apresentaram metade da quantidade de neoplasmas, quando comparados ao controle. Apenas o isômero cis-9, trans-11 foi encontrado nos fosfolipídios do estômago dos camundongos, demonstrando que este seria o isômero responsável pela ação anticarcinogênica. O mecanismo de ação do CLA estaria relacionado com a propriedade antioxidante do composto, em especial do isômero cis-9, trans-11. Tal isômero inibiria reações do tipo Fenton e, conseqüentemente, os danos causados pelos radicais hidroxila nas membranas celulares, diretamente relacionados com o desenvolvimento de diversos processos patológicos, inclusive aqueles de iniciação e promoção de alguns tipos de câncer (HA; STORKSON; PARIZA, 1990). Enquanto o ácido linoleico (LA) exerce diferentes efeitos na carcinogênese, indo da inibição a neutro ou mesmo promovendo a proliferação, o CLA, ácido linoleico conjugado sempre mostra efeitos inibitórios sobre a proliferação celular maligna em todas as linhagens de células cancerosas humanas testadas (colon, mama, próstata, fígado, bexiga, glioblastoma) e ele é particularmente eficaz contra as células mais malignas. O mecanismo de ação principal do CLA em todas essas linhagens de células foi aumentar muito o PPAR-alfa e diminuir o PPAR-beta/delta o que provocou apoptose ou necrose das células malignas. Quando o PPAR-gama

diminuiu houve drástica queda da proliferação celular maligna (MAGGIORA *et al.*, 2004). O mecanismo de ação do CLA no tratamento do câncer ocorre basicamente por apoptose, podendo ser induzida por danos ao DNA ou por privação dos fatores de crescimento. O processo de morte celular induzida ocorre por ativação de proteínas denominadas caspases, proteases que clivam seus substratos especificamente após resíduos de aspartato (RANG *et al.*, 2007). Há dois tipos de caspases: as iniciadoras (efetoras) e as executoras. As caspases efetoras iniciam uma via que resulta na clivagem de constituintes celulares, DNA, componentes do citoesqueleto e enzimas. Ao final, a célula é reduzida a um agregado de entidades delimitadas por membranas que finalmente são fagocitadas por macrófagos. Em indivíduos saudáveis, o CLA induz a apoptose, o que é evidenciado pela redução na expressão dos elementos anti-apoptóticos, especificamente o gene BCL-2 (CLEMENT, 1994).

CONCLUSÕES

O teste para a detecção de clones de tumores epiteliais em *Drosophila melanogaster* foi eficiente para identificar o potencial anticarcinogênico do óleo de cártamo nas concentrações testadas. Porém, novas pesquisas devem ser realizadas com outros organismos teste para um melhor esclarecimento deste efeito redutor de tumor.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006.
- CLEMENT, I. P. Conjugated linoleic acid suppresses mammary carcinogenesis and proliferative activity of the mammary gland in the rat. **Cancer Research**, v.54, n.5, p.1212- 1215, 1994.
- EKIN, S. Resurgence of Safflower (*Carthamus tinctorius* L.). Utilization: A global view. **Journal of Agronomy**, v.4, n.2, p. 83-87, 2005.
- GARÓFOLO, A. *et al.* Dieta e câncer: um enfoque epidemiológico. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.17, n.4, p.491-505, out./dez., 2004.
- GRIFFITHS, A. J. F. *et al.* **Introdução à genética**. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- HA, Y. L.; STORKSON, J.; PARIZA, M. W. Inhibition of benzo(a)pyrene-induced mouse forestomach neoplasia by conjugated dienoic derivatives of ted linoleic acid. **Cancer Res**, v.50, p.1097-101, 1990.
- HIPPOLITO, K. P. P.; KARINA, A. R. Importância da nutrição na prevenção e no tratamento e neoplasias. **Interciência & Sociedade**, v.3, n.2, p.51-59, 2014.

JUSTICE, R. W. *et al.* The *Drosophila* tumor suppressor gene warts encodes a homolog of human myotonic dystrophy kinase and is required for the control of cell shape and proliferation. **Genes & Development**, v.9, p.534-546, 1995.

LEE, K. W. *et al.* Role of the conjugated linoleic acid in the prevention of cancer. **Crit Rev Food Sci Nutr**, v.45, n.2, p.135-44, 2005.

MAGGIORA, M. *et al.* An overview of the effect of linoleic and conjugated-linoleic acids on the growth of several human tumor cell lines. **Int J Cancer**, v.112(6), p.909-19, 2004.

PINTÃO, A. M.; SILVA, I. F. da. **A verdade sobre o açafrão**. [Portugal]: [s.n.], 2008. Disponível em: <http://www2.iict.pt/archive/doc/A_Pintao_wrkshpplts_medic.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2016.

RANG, H. P. *et al.* **Farmacologia**. 6.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

PERFIL COGNITIVO E FUNCIONAL DE RESIDENTES EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS NO INTERIOR DE MINAS GERAIS

Karina Nascimento Rezende¹; Rafaela Diniz Perpétuo¹; Mariana Freire de Oliveira Perpétuo¹; Michelle Oliveira Nina Rocha¹; Luciano Rezende dos Santos²

¹Acadêmicos do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas;

²Docente do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas.

E-mail para contato: karina.rezende@yahoo.com.br

RESUMO

O Brasil envelhece de forma rápida e intensa. O processo de envelhecimento normal está relacionado com o comprometimento gradual das funções cognitivas. Fazer uma análise cuidadosa do perfil cognitivo dos idosos e da sua repercussão na capacidade funcional é de grande importância para o diagnóstico precoce do declínio cognitivo e para a adoção de medidas que possam melhorar a funcionalidade e a autonomia desses indivíduos. Diante disso, o presente estudo teve como objetivo caracterizar o perfil cognitivo e funcional de idosos residentes em uma ILPI na cidade Patos de Minas (Minas Gerais-MG). Os instrumentos utilizados para coleta foram um questionário sociodemográfico, o Índice de Barthel e o Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Utilizou-se estatística descritiva para montagem das frequências. Verificou-se, na população avaliada, um importante declínio cognitivo. Quanto à capacidade funcional, a maioria apresentou, em graus variáveis, alguma dependência para a realização das atividades básicas de vida diária.

PALAVRAS-CHAVE: Institucionalização. Declínio cognitivo. Capacidade Funcional. Demência.

INTRODUÇÃO

O Brasil envelhece de forma rápida e intensa. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o segmento populacional que mais cresce na população brasileira é o de idosos. Segundo Lima, Loyola e Matos (2007), para muitos idosos o aumento da expectativa de vida tem sido associado com o comprometimento da saúde física e mental, falta de independência e autonomia, e limitações socioeconômicas e ambientais. A opção pela instituição de longa permanência para idosos (ILPI) surge quando o idoso não encontra, na família, o apoio necessário para a realização das atividades de vida diária (Tier *et al.*, 2004). O processo de envelhecimento normal está relacionado com o comprometimento gradual das funções cognitivas. Para estimar a capacidade cognitiva, Folstein *et al.*, (1975) elaboraram o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), que possibilita a avaliação da cognição e a investigação de processos demenciais. Entre os instrumentos de estudo da capacidade funcional, o Índice de Barthel permite a avaliação das atividades da vida diária (AVD'S). Fazer uma análise cuidadosa do perfil cognitivo dos idosos e da sua repercussão na capacidade funcional é de grande importância para o diagnóstico precoce do declínio cognitivo e para a adoção de medidas que possam melhorar a funcionalidade e a autonomia desses indivíduos. O presente estudo teve como objetivo caracterizar o perfil cognitivo e funcional de idosos residentes

em uma ILPI na cidade Patos de Minas- MG, por meio da identificação do declínio cognitivo e sua possível repercussão na capacidade funcional.

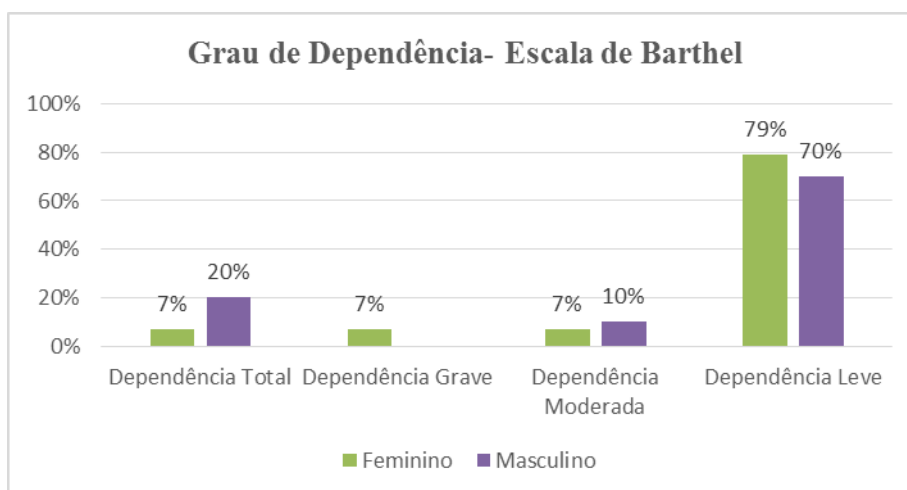
MATERIAIS E MÉTODOS

Os dados foram coletados em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter filantrópico, na cidade de Patos de Minas-MG, que abrigava, nos meses de junho a agosto de 2017, período em que a pesquisa foi aplicada, 98 idosos de ambos os sexos. Participaram da pesquisa 24 idosos que aceitaram responder os questionários propostos. Foram excluídos os indivíduos que apresentavam, no momento da entrevista, comprometimento da comunicação, totalizando 22 participantes, e os demais, que se recusaram a participar do estudo. Os instrumentos utilizados para coleta dos dados foram um questionário sociodemográfico, o Índice de Barthel, aplicado aos profissionais responsáveis pelos cuidados diretos com os idosos na instituição, e o Mini exame do Estado Mental (MEEM). O estudo trata-se de uma abordagem quantitativa e observacional, descritivo e de corte transversal.

RESULTADOS

A população do estudo foi composta por 24 idosos, sendo 58,3% mulheres e 41,7% homens. A média da idade dos entrevistados foi de 76 anos. As respostas referentes ao item estado civil, demonstraram que 41,7% dos indivíduos são solteiros, 29,2% são viúvos, 25,0% são divorciados e 4,2% são casados. Em relação à escolaridade, verificou-se que 37,5% são analfabetos, a maioria, 58,3% possuem quatro anos ou menos de estudo, e 4,2% tem mais de quatro anos de estudo. No item filhos, 37,5% disseram ter filhos, 45,8% não tem filhos e 16,7% não responderam. Quanto ao tempo de institucionalização, a média foi de 12,043 anos, tendo como mínimo o tempo de 0,5 ano e de 61,0 anos, o máximo. No sequência dos itens, 91,7% afirmaram ter doenças prévias, 4,2% não tinham enfermidade no período anterior à admissão na instituição, e 4,2% não responderam. Quanto à dependência da população estudada, a maioria, 75,00% (n=18), apresentou dependência leve, 8,33% (n=2), dependência moderada, 4,17% (n=1), dependência grave, e 12,50% (n=3), dependência total. O gráfico 1 mostra o grau de dependência dos entrevistados, comparando os resultados obtidos de acordo com o sexo.

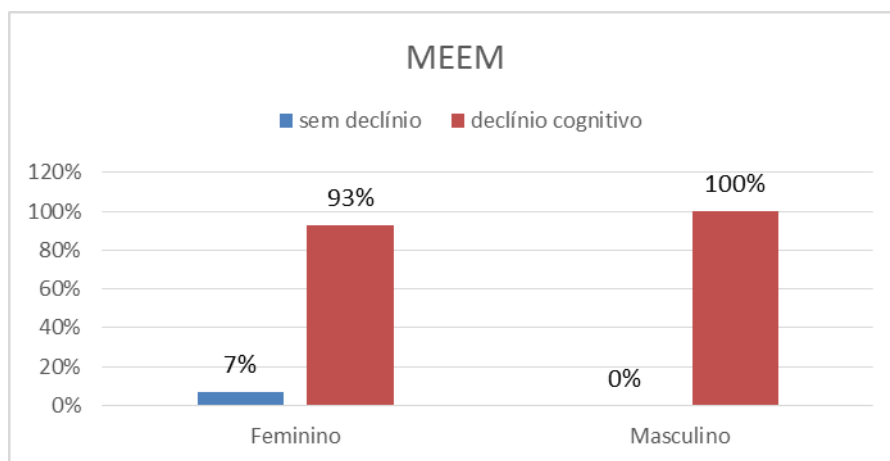
Gráfico 1 - Grau de dependência dos idosos de acordo com o sexo.



Fonte: Autoria própria

Em relação ao declínio cognitivo, 96% dos entrevistados (n=23) apresentaram comprometimento cognitivo, sendo que destes 13 são mulheres e 10 são homens, e apenas 4% (n=1) da amostra não apresentaram alteração no exame (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Perfil cognitivo dos idosos participantes de acordo com o gênero.



Fonte: Autoria própria

DISCUSSÃO

Observou-se na população avaliada um predomínio do sexo feminino em relação ao masculino. Também houve a predominância de idosos solteiros institucionalizados, o que sugere reduzido apoio da família e da sociedade quanto ao cuidado destinado à pessoa idosa. Além disso, a maioria dos idosos afirmou não ter filhos e 16,7% não souberam responder. Outro dado socioeconômico de

significativa importância é a escolaridade. No presente estudo, a maioria dos indivíduos, possui tempo de escolaridade igual ou inferior a quatro anos. Segundo Veras (2009), o nível de escolaridade está associado com o desenvolvimento de quadros demenciais, sendo que quanto maior o nível de escolaridade, mais difícil será o desenvolvimento destas patologias. Na atual investigação, a maioria dos idosos moram na instituição entre um e dez anos. Quanto aos problemas de saúde, 91,7% dos entrevistados tinham pelo menos uma enfermidade, em sua maioria hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM) e hipotireoidismo. Neste estudo, obteve-se graus variados de dependência funcional, sendo que a maioria apresentou comprometimento leve para a realização das atividades básicas de vida diária, o que já sugere a instalação do processo demencial. A quase totalidade dos indivíduos apresentou declínio cognitivo. Este resultado pode ser justificado, em parte, pela reduzida amostra populacional do estudo, uma vez que muitos idosos se recusaram a responder os questionários. É possível que o demais que não participaram pudessem ter um melhor desempenho no teste.

CONCLUSÃO

O presente estudo mostrou que a população de idosos residentes na instituição avaliada apresentou, em quase sua totalidade, um importante declínio cognitivo. Quanto à capacidade funcional, a maioria apresentou, em graus variáveis, alguma dependência para a realização das atividades básicas de vida diária. Estes resultados sugerem que o baixo desempenho cognitivo e a sua repercussão na capacidade funcional possam ser fatores contribuintes para a institucionalização do idoso. Diante disso, é de grande importância realizar o diagnóstico precoce do declínio cognitivo na população idosa para que sejam elaboradas medidas que possam melhorar a funcionalidade e a autonomia desses indivíduos.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. O.; CEOLIM, M. F. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Rev Esc Enferm USP**, p.378-85, 2007.

ALECAR, M. A.; BRUCK, N. N. S.; PEREIRA, B. C.; CÂMARA, T. M. M.; ALEMIDA, R. D. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, p.785-796, 2012.

ALVES, L. C.; LEITE, I. D.; MACHADO, C. J. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Saúde Pública**, p.2, 2010.

ALVES-SILVA, J. D.; DOS SANTOS, M. A.; SCORSOLINI-COMIN, F. Idosos em Instituições de Longa Permanência: Desenvolvimento, Condições de Vida e Saúde. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, p.820-830, 2013.

NOGUEIRA, S. L.; RIBEIRO, R. C. L.; ROSADO, L. E. F. P. L.; FRANCESCHINI, S. C. C.; RIBEIRO, A. Q.; PEREIRA, E. T. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, p.322-9, 2010.

TEMA: Saúde Coletiva

A PROBLEMÁTICA DA REDUÇÃO DA COBERTURA VACINAL NO BRASIL: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E CORRELAÇÕES

Guilherme Rosa Marques Gomes Melo¹; Tamiris Alves Menezes Bernardes¹; Danilo Pereira Lima Santos¹; Mateus Lacerda Medeiros¹; Gabriel Garcia Borges¹; José de Paula Silva²; Natalia de Fátima Gonçalves Amâncio³.

¹Acadêmicos(as) de Medicina, Centro Universitário de Patos de Minas;

²Farmacêutico, Doutor em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca;

³Fisioterapeuta, Doutora em Promoção de Saúde. Docente no Centro Universitário de Patos de Minas.

E-mail para contato: guirmmelo21@gmail.com

RESUMO

O conhecimento da cobertura vacinal é um dos elementos importantes para o programa de vigilância epidemiológica, visto que permite acompanhar o acúmulo de vulneráveis na população, bem como aquilatar até que ponto a imunidade de massa está se constituindo em barreira efetiva para a interrupção da transmissão das doenças preveníveis por imunização. **Objetivo:** A fim contribuir com ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, objetivou-se caracterizar a cobertura vacinal do país, bem como propor análises e correlações. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa, realizada por meio de levantamento nas bases de dados do DATASUS, referente à cobertura das imunizações no Brasil, no período de 2014 a 2017. **Resultados:** Nesse período houve um declínio da cobertura vacinal no país. Em 2017, ao passo que o mundo bateu recorde em vacinações, no Brasil, todas as vacinas indicadas para menores de um ano ficaram abaixo da meta do Ministério da Saúde. **Discussão:** Tal situação pode correlacionar-se ao aumento da mortalidade infantil no país após uma década de queda nesse indicador, bem como com os surtos de sarampo em alguns estados do país. **Conclusão:** Assim, é imprescindível que ações de promoção de saúde para a reversão deste quadro sejam estruturadas com gestão, coesão e veemência pelas autoridades.

PALAVRAS CHAVE: Cobertura vacinal. Epidemiologia. Mortalidade infantil. Sarampo.

INTRODUÇÃO

A vacinação é uma intervenção segura e eficaz, com excelente relação custo-benefício, configurando um aspecto imprescindível nos programas de saúde pública por propiciar imunidade individual e coletiva (BARATA et al., 2005).

O conhecimento da cobertura vacinal em menores de um ano e de um ano de idade é um dos elementos importantes para o programa de vigilância epidemiológica, constituindo aspecto fundamental na interrupção da transmissão das doenças preveníveis por imunização. A cobertura vacinal é calculada, tradicionalmente, pelo número de doses aplicadas, dividido pela população alvo (MORAES et al., 2008).

OBJETIVO

A fim de contribuir com ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, objetivou-se caracterizar a cobertura vacinal do país, bem como realizar análises e correlações.

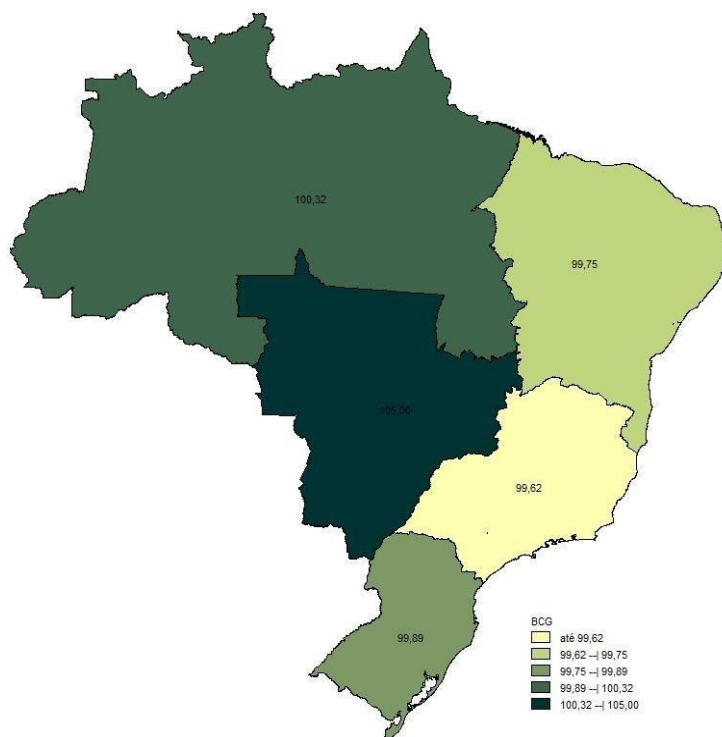
MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, realizada por meio de levantamento nas bases de dados do DATASUS, especificamente na ferramenta TABNET, referente à cobertura das imunizações no Brasil, no período de 2014 a 2017. Foram coletados os dados das referentes vacinas: BCG, vacina hepatite B, vacina pentavalente, vacina inativada poliomielite (VIP), vacina oral de rotavírus humano (VORH), vacina pneumocócica 10 (valente), Meningocócica C (conjugada), vacina febre amarela, vacina tríplice viral, vacina hepatite A e vacina Tetraviral. A posteriori, os dados foram alocados em uma tabela no Microsoft Excel, relacionando ano-vacina-cobertura vacinal-regiões demográficas do país. Subsequentemente, foram confeccionados mapas de cobertura vacinal média, estratificando por região demográfica, no programa TabWin. Em seguida, os dados foram analisados e discutidos pelos autores e correlações foram postuladas.

RESULTADOS

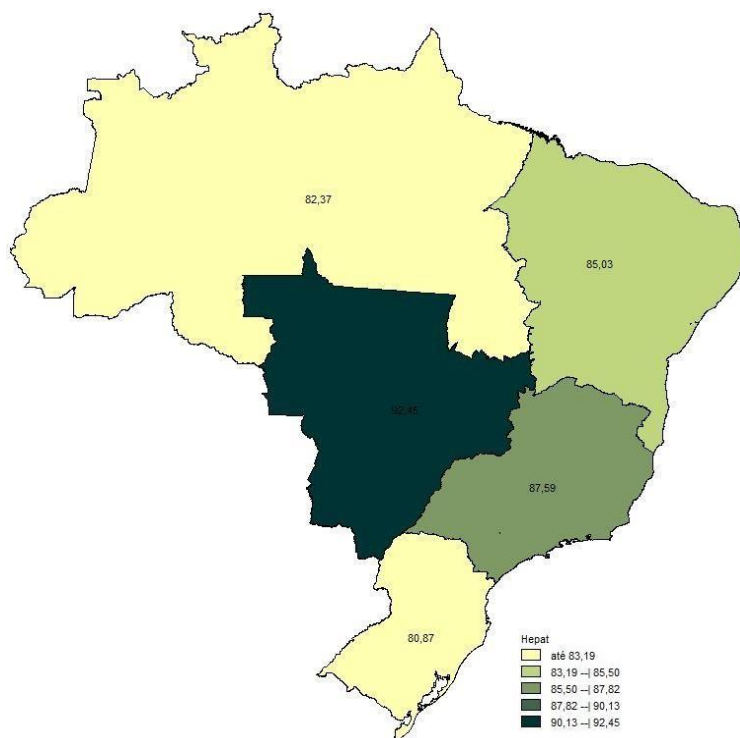
Sob essa ótica, identificaram-se os valores percentuais da cobertura vacinal brasileira, bem como suas nuances. Os resultados evidenciam que entre os anos de 2014 a 2017 houve um declínio da cobertura vacinal no país. As reduções percentuais em relação ao período, foram: 14% vacinas BCG, 7% vacina hepatite B, 19% vacina pentavalente, 21% vacina inativada poliomielite (VIP), 20% vacina oral de rotavírus humano (VORH), 8% vacina pneumocócica 10 (valente), 18% Meningocócica C (conjugada), 4% vacina febre amarela, 30% vacina tríplice viral e 24% vacina Tetraviral. A exceção feita em relação à vacina hepatite A se deve ao fato de que o ano de 2014 marcou a introdução dessa imunização no Calendário Nacional de Vacinação do Sistema Único de Saúde (SUS) e as metas de cobertura apresentaram vários empecilhos para serem atingidas. Porém, se for levado em conta o período de 2015 a 2017, observa-se uma redução de 24%.

Figura 1 - Cobertura média - BCG



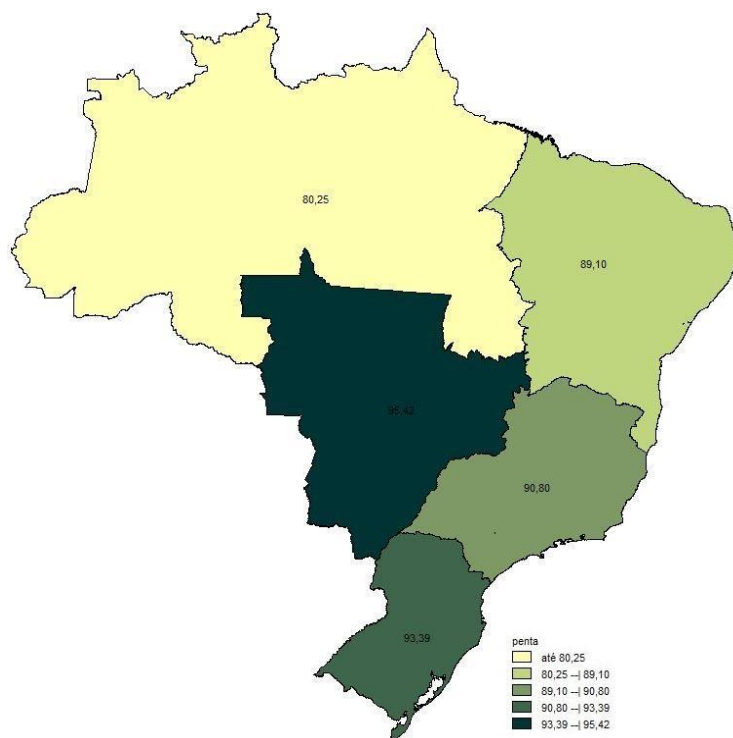
Fonte: Melo et.al, 2018

Figura 2 - Cobertura média - HEPATITE B



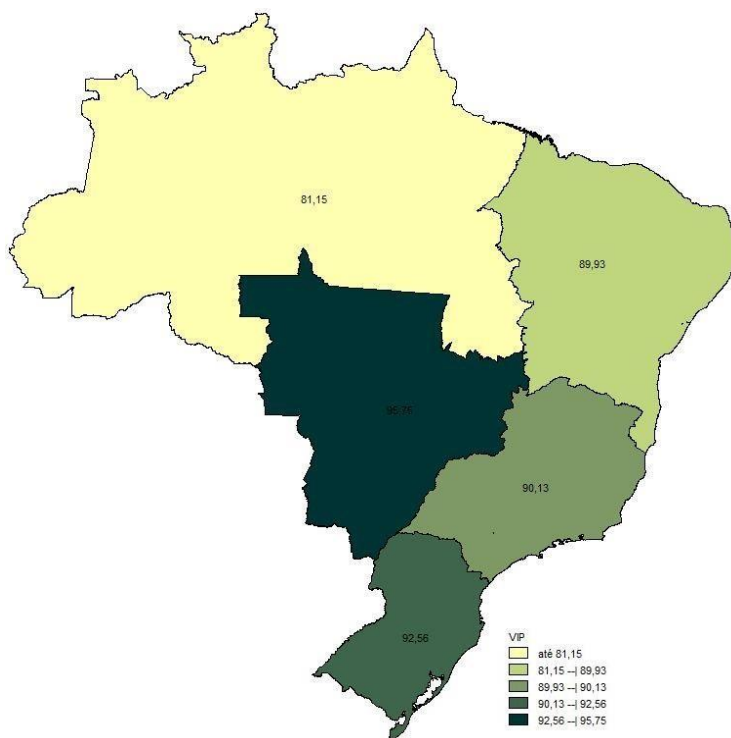
Fonte: Melo et.al, 2018

Figura 3 - Cobertura média – PENTA



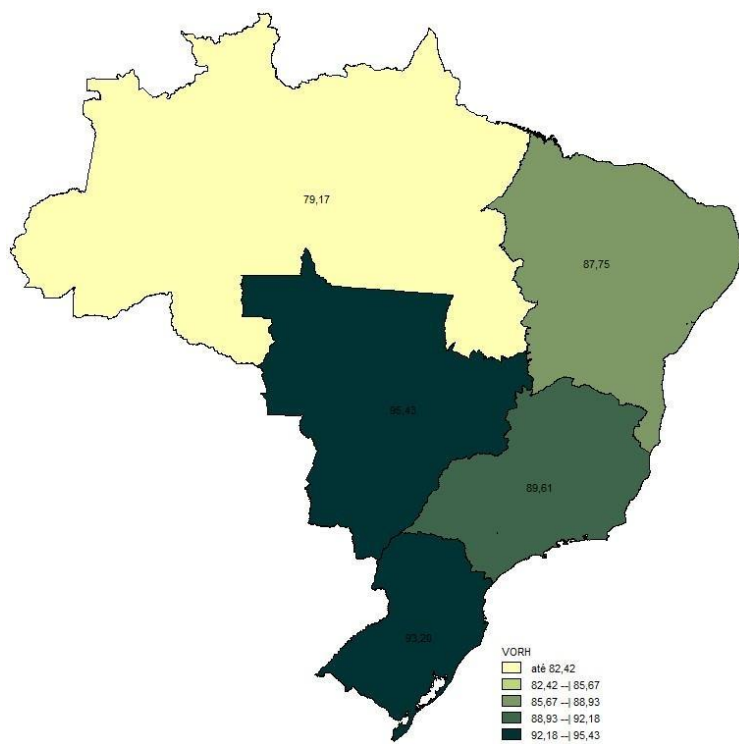
Fonte: Melo et.al, 2018

Figura 4 - Cobertura média – VIP



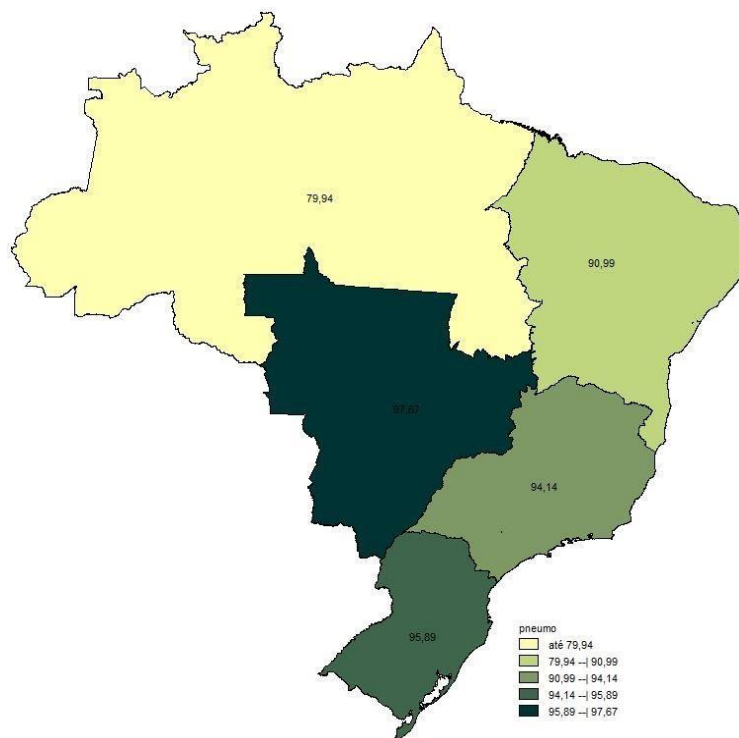
Fonte: Melo et.al, 2018

Figura 5 - Cobertura média – VORH



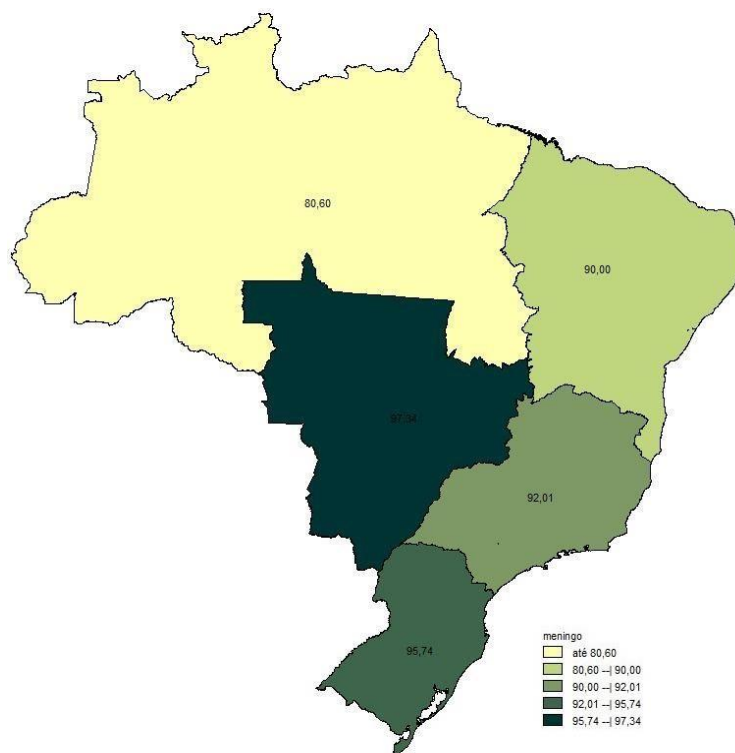
Fonte: Melo et.al, 2018

Figura 6 - Cobertura média – PNEUMOCÓCICA



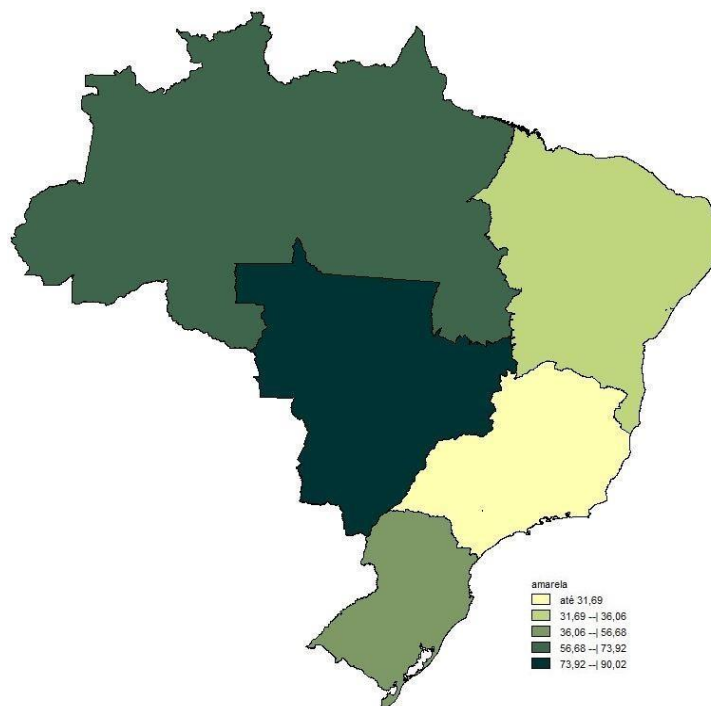
Fonte: Melo et.al, 2018

Figura 7 - Cobertura média – MENINGOCÓCIA



Fonte: Melo et.al, 2018

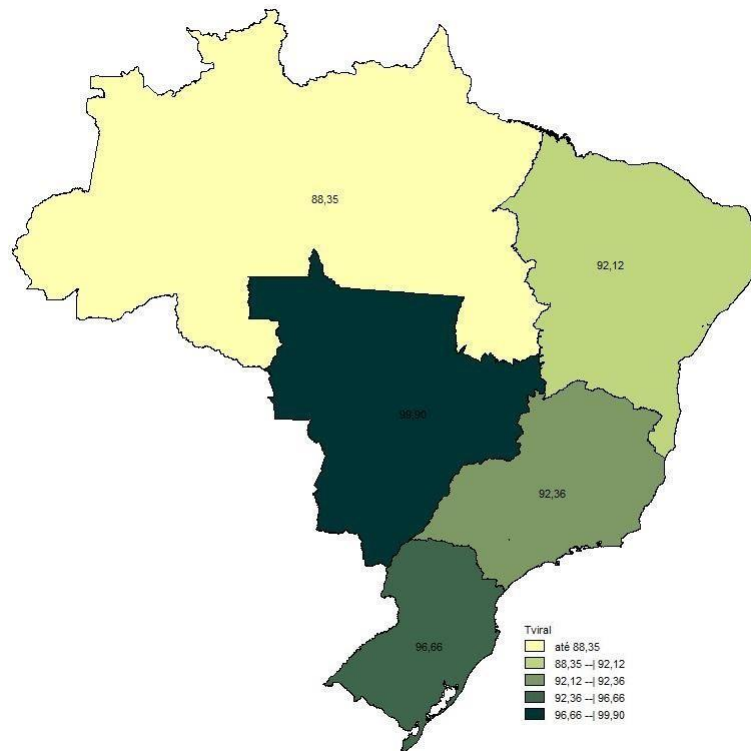
Figura 8 - Cobertura média – FEBRE AMARELA



Fonte: Melo et.al, 2018

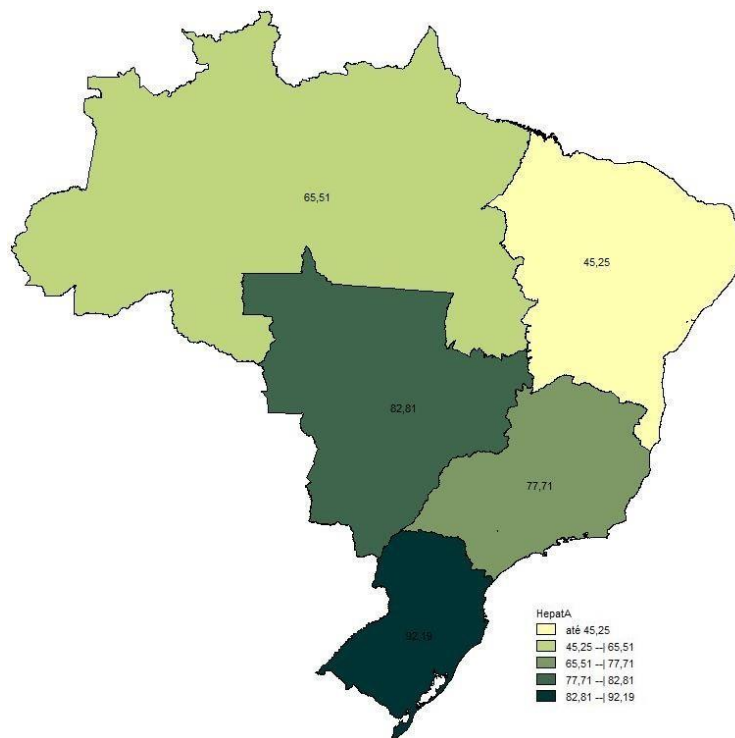
ANAIS DO COMED
N. 3, PATOS DE MINAS, 2018

Figura 9 - Cobertura média – TRÍPLICE VIRAL



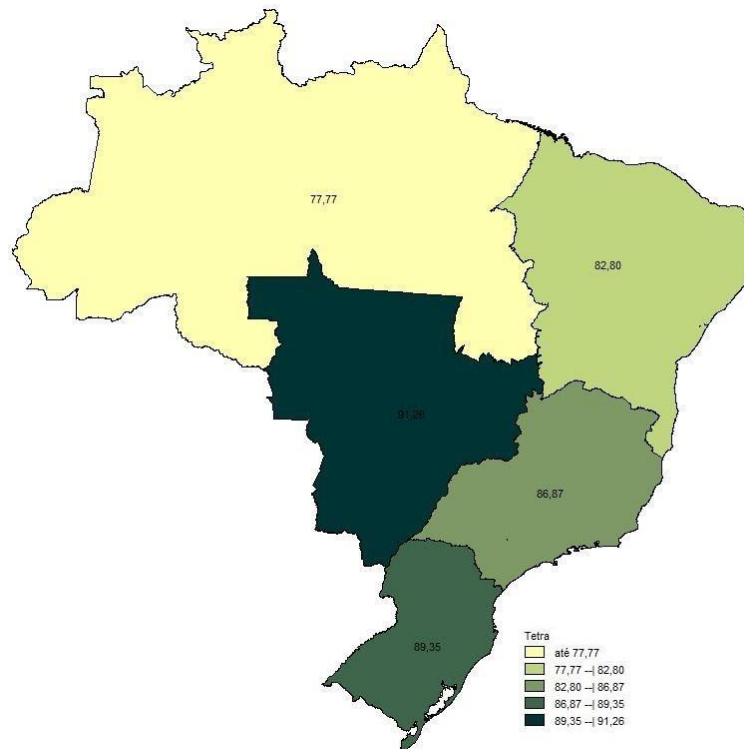
Fonte: Melo et.al, 2018

Figura 10 - Cobertura média – HEPATITE A



Fonte: Melo et.al, 2018

Figura 11 - Cobertura média – TETRAVIRAL



Fonte: Melo et.al, 2018

DISCUSSÃO

Em 2018, na publicação do Relatório de Avaliação do Plano de Ação de Vacinação Global de 2017, a Organização Mundial de Saúde (OMS) em conjunto com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) divulgou que 123 milhões de crianças, um número recorde, foram imunizadas globalmente. Nesse sentido, demonstrou-se que o Brasil estaria na contramão do mundo, com um decréscimo da cobertura vacinal (WHO, 2018; BRASIL, 2018b). Todas as vacinas indicadas para menores de um ano ficaram abaixo da meta do Ministério da Saúde em 2017. Como o país não está seguindo a tendência global, a UNICEF Brasil lançou recomendações como realizar ações focalizadas para aumentar a cobertura vacinal em áreas com menor cobertura (BRASIL, 2009).

O Brasil tem sido internacionalmente reconhecido como um exemplo de sucesso no alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, especialmente no que concerne à redução da mortalidade de crianças menores de cinco anos de idade (ABRINQ, 2017). Porém, após 15 anos de queda da mortalidade infantil no país, uma análise da Fundação ABRINQ sobre os dados do Ministério da Saúde revelou que no ano de 2016, a taxa de mortalidade na infância, registrou piora, indo de 14,3 para 14,9 por 1000 nascidos vivos, uma alta de 4,19% (ABRINQ, 2017).

A queda da cobertura vacinal pode estar diretamente relacionada com o aumento da taxa de mortalidade na infância, visto que essa redução potencializa o risco em adquirir patologias que

poderiam ser prevenidas. Em 2016, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) entregou ao Ministério da Saúde, durante a 55ª Reunião do Conselho Diretor da OPAS, em Washington, Estados Unidos, o certificado da eliminação do Sarampo, declarando o Brasil como zona livre de sarampo, a primeira em todo o mundo (BRASIL, 2016). Todavia, em 2018 foram constatados 475 casos confirmados de Sarampo, sendo 200 em Roraima, 265 no Amazonas, 1 caso em Rondônia, 1 caso em São Paulo e 6 casos no Rio Grande do Sul (BRASIL, 2018a).

Desde julho de 2017, a Venezuela enfrenta surto de sarampo. A atual situação sociopolítica enfrentada pelo país acarreta um movimento migratório que contribuiu para a propagação do vírus para outras áreas, como o Brasil, que concomitantemente, vive situação de progressiva queda da cobertura da vacina tríplice viral. O último caso de poliomielite no Brasil ocorreu em 1989 e desde 1990, não são registrados casos da doença, que é grave e foi responsável por sequelas irreversíveis para milhares de crianças no mundo.

Nessa perspectiva, as ações de prevenção e controle, em especial a vacinação, contribuíram para que, em 1994, o país recebesse da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) a Certificação de área livre de circulação do poliovírus selvagem do seu território, juntamente com os demais países das Américas. (BRASIL, 2018a).

Em 07 de junho de 2018, a Sociedade Venezuelana de Saúde Pública divulgou a existência de casos de paralisia flácida aguda (PFA), em que foram identificados poliovírus vacinal tipo 3. Assim, haja vista tal realidade, de um país vizinho com detecção de surto de pólio, além do grande volume de crianças refugiadas em nosso país, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) fez um alerta aos pediatras em publicação, para estarem atentos aos possíveis casos de paralisia flácida aguda e para a importância de sua adequada investigação (SBP, 2018). Frente ao contexto atual, o MS realizou em agosto de 2018 a Campanha Nacional de Vacinação Contra a Poliomielite e Contra o Sarampo, com objetivo de vacinar indiscriminadamente contra poliomielite e sarampo as crianças de um a quatro anos de idade, contribuindo para a redução do risco de reintrodução do poliovírus selvagem, sarampo e rubéola (BRASIL, 2018a).

CONCLUSÕES

Diante do que foi exposto, firma-se que há uma queda veemente na cobertura vacinal no país. É possível notar as possíveis implicações na conjuntura da saúde pública no Brasil contemporâneo. Assim, são necessárias ações de promoção de saúde para a reversão deste quadro devem ser estruturadas com gestão e coesão pelas autoridades. Logo, é fundamental que toda a sociedade se mobilize em prol desta causa.

REFERÊNCIAS

Barata et al. Inquérito de cobertura vacinal: avaliação empírica da técnica de amostragem por conglomerados proposta pela Organização Mundial da Saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**. São Paulo, v. 17, n. 3, p. 184-90, 2005

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil recebe certificado de eliminação do sarampo. Brasília, 27 de setembro 2016. Disponível em < <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/25846-brasil-recebe-certificado-de-eliminacao-do-sarampo>> Acesso em 10 de setembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Informe Técnico Campanha Nacional de Vacinação Contra a Poliomielite e o Sarampo**. Brasília, DF, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Brasília, 2018. Disponível em < https://www.unicef.org/brazil/pt/media_38660.html>. Acesso em 15 set 2018b.

FUNDAÇÃO ABRINQ. Observatório da Criança e do Adolescente. Taxa de mortalidade na infância. São Paulo. Disponível em <<https://observatoriocrianca.org.br/cenario-infancia/temas/sobrevivencia-infantil-infancia/619-taxa-de-mortalidade-na-infancia-para-1-000-nascidos-vivos?filters=1,233>>. Acesso em 10 set 2018.

Moraes, J.C. et al. Desigualdades sociais e cobertura vacinal. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v. 11, p. 113-24, 2008

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Departamento Científico de Imunizações. Poliomielite nas américas. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Nota_Polio_SBP_Final_PDF.pdf>. Acesso em: 1 out 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **2017 Assessment Report of the Global Vaccine Action Plan**. Geneva, 2018.

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL BIOQUÍMICO DE JOGADORES DE BASQUETEBOL EM CADEIRAS DE RODAS

Guilherme Junio Silva¹, Ana Clara Garcia Guimarães², Daniel dos Santos³, Marconi Guarienti¹, Olímpio Pereira de Melo Neto¹, Kelen Cristina Estavanate de Castro⁴

¹Acadêmicos do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas;

²Acadêmica do Curso de Nutrição do Centro Universitário de Patos de Minas;

³Docente do curso de Doutorado em Promoção da Saúde da Universidade de Franca;

⁴Docente dos cursos de Medicina e Nutrição do Centro Universitário de Patos de Minas.

E-mail para contato: guilherme.junio.silva@hotmail.com

RESUMO

Os fatores de risco cardiovascular estão bem estabelecidos para a população geral, embora para grupos específicos ainda há muito a esclarecer, de forma especial para aqueles com mobilidade reduzida que apresentam limitações que dificultam a minimização da influência desses fatores. Assim, o presente estudo teve como objetivo caracterizar o perfil bioquímico de jogadores de basquetebol em cadeiras de rodas. Para isso, foi realizado estudo transversal, quantitativo e descritivo com jogadores de basquetebol em cadeira de rodas de uma equipe do Alto Paranaíba por meio de aplicação de questionário sociodemográfico e realização de exames bioquímicos que determinaram o perfil lipídico, concentração sorológica da lipoproteína (a) [Lp (a)] e glicemia. O perfil lipídico e a Lp (a) foram categorizados segundo as recomendações Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose - 2017 e a glicemia segundo as recomendações das Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. Foi realizada de estatística descritiva. A população analisada foi composta por 14 jogadores de basquetebol em cadeira de rodas sendo 84,6% do sexo masculino e com idade de 25 a 55 anos. Entre os jogadores, 71,4% apresentavam algum parâmetro bioquímico analisado alterado, sendo que 35,7% apresentavam colesterol total elevado, 35,7% LDL-c acima do alvo terapêutico, 28,6% HDL- baixo, 14,3% triglicérides elevado, 21,4% Lp (a) elevada e 7,1% glicemia elevada, classificada como pré-diabético. Portanto, elevado percentual de jogadores de basquetebol em cadeiras de rodas apresenta algum parâmetro bioquímico alterado e isso impacta de forma negativa no estado de saúde por aumentar o risco cardiovascular.

PALAVRAS-CHAVE: Colesterol. Doenças cardiovasculares. Fator de risco. Glicemia. Lipoproteína (a).

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DVC) são as principais causas de morte no mundo, sendo responsáveis por 17,5 milhões de mortes em 2012 o que corresponde a 31% de todas as mortes em nível global. Considerando as mortes de indivíduos com menos de 70 anos, as DCV são responsáveis por 37% dessas causas de morte (OPAS, 2016). O desenvolvimento dessas doenças está associado a fatores que podem contribuir para esse desfecho, portanto considerados como fatores de risco. Assim, com o desenvolvimento do *Framingham Heart Study* foi possível estabelecer os fatores de risco para as DCV, entre eles hipertensão arterial, diabetes, dislipidemias, obesidade, sedentarismo, tabagismo,

etilismo (BRASIL, 2014). Os fatores de risco para as DCV, em sua maioria, são fatores ligados ao comportamento, portanto passíveis de serem modificados. Dessa forma, o risco de desenvolver DCV pode ser reduzido com abordagens comportamentais que minimizam a influência de alguns fatores como cessar o uso de tabaco e álcool, instituição de dietas saudáveis, redução da obesidade e do sedentarismo (BRASIL, 2014). Embora os fatores de risco estejam bem estabelecidos para a população em geral, alguns grupos podem apresentar maior risco em virtude do comportamento ou até mesmo de limitações que impedem ou dificultam a minimização da influência desses fatores para o desenvolvimento das DCV. Entre esses, encontram-se os indivíduos portadores de deficiência física, de forma especial aqueles com mobilidade reduzida. Para esses indivíduos, alguns trabalhos já encontraram maior risco cardiovascular embora mais estudos sejam necessários nessa população para que medidas terapêuticas sejam instituídas de forma a melhorar a qualidade de vida (QUINTANA, NEIVA, 2008; SOUZA, FRANÇA, 2008; BAUMAN, 1998). Portanto, torna-se importante caracterizar o perfil bioquímico de jogadores de basquetebol em cadeiras de rodas para que, caso necessário, medidas terapêuticas sejam instituídas para minimizar o risco cardiovascular.

OBJETIVO

Caracterizar o perfil bioquímico de jogadores de basquetebol em cadeiras de rodas de uma equipe do Alto Paranaíba.

METODOLOGIA

Estudo transversal, quantitativo e descritivo, realizado com jogadores de basquetebol em cadeira de rodas de uma equipe do Alto Paranaíba. Para a avaliação foi aplicado questionário sociodemográfico e realização de exames bioquímicos que determinaram o perfil lipídico, concentração sorológica da Lipoproteína (a) [Lp (a)] e glicemia. Foram consideradas as recomendações da Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose- 2017 (FALUDI et al., 2017) para categorização do perfil lipídico (TABELA 1) e do nível de Lp (a), sendo essa considerada elevada com valores superiores a 50mg/dl. A glicemia (TABELA 2) foi categorizada segundo as recomendações das Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 (SBD, 2017). Posteriormente, foi realizada estatística descritiva dos dados coletados. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do UNIPAM sob protocolo nº 2.494.455.

Tabela 1 - Valores referenciais e de alvo terapêutico* do perfil lipídico (adultos > 20 anos).

Lípides	Com jejum (mg/dl)**	Categoria Referencial
Colesterol Total	< 190	Desejável
HDL-c	> 40	Desejável
Triglicérides	< 150	Desejável
Categoria de risco		
	< 130	Baixo
	< 100	Intermediário
LDL-c	< 70	Alto
	< 50	Muito Alto

* Conforme avaliação de risco cardiovascular estimado pelo médico solicitante.

** Jejeum de 12 horas.

Fonte: FALUDI et al., 2017.

Tabela 2 - Critérios laboratoriais para diagnóstico de normoglicemia, pré-diabetes e diabetes adotados pela Sociedade Brasileira de Diabetes.

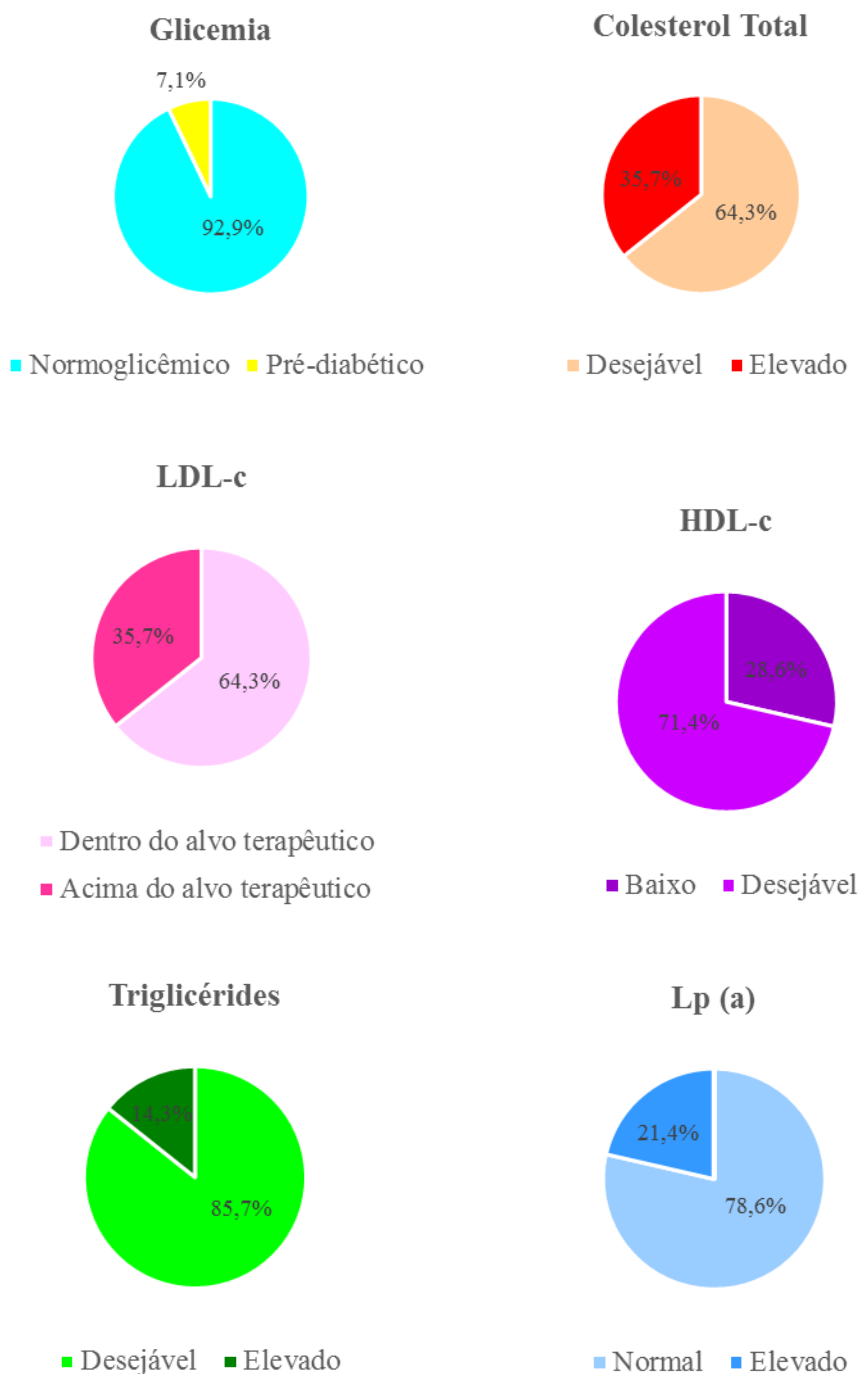
	Glicemia de Jejum (mg/ dl)
Normoglicemia	< 100
Pré-diabetes	≥ 100 e < 126
Diabetes	≥ 126

Fonte: SBD, 2017.

RESULTADOS

A população analisada foi composta por 14 jogadores de basquetebol em cadeiras de rodas, sendo 84,6% do sexo masculino, 15,4% do sexo feminino e com idade de 25 a 55 anos ($38,2 \pm 10,1$ anos). Em relação aos seis parâmetros analisados, colesterol total, LDL-c, HDL-c, triglicérides, Lp (a) e glicemia, 71,4% dos jogadores apresentaram alguma alteração nesses parâmetros. Entre esses, 30,0% apresentava um parâmetro alterado, 50,0% dois, 10,0% três e 10,0% quatro parâmetros alterados. Foi encontrado que os níveis de colesterol total estavam elevados em 35,7% dos jogadores de basquetebol em cadeiras de rodas (GRÁFICO 1). Os níveis de LDL-c estavam acima da meta terapêutica em 35,7% dos jogadores, os níveis de HDL-c estavam baixos em 28,6% dos jogadores, os níveis de triglicérides elevados em 14,3% dos jogadores. Os níveis de Lp (a) estavam elevados em 21,4% dos jogadores de basquetebol em cadeiras de rodas. Quanto à glicemia, 7,1% foi categorizado como pré-diabético e os demais como normoglicêmicos, embora um jogador entre os categorizados como normoglicêmicos declarou ser diabético, portanto apresentava controle da glicemia.

Gráfico 1 – Distribuição dos jogadores de basquete em cadeiras de rodas quanto ao perfil bioquímico.



Fonte: Dados do estudo

Elevado percentual de jogadores de basquete em cadeiras de rodas (71,4%) apresentou alguma alteração nos parâmetros bioquímicos analisados. Esses parâmetros, quando alterados, constituem fatores de risco cardiovascular e contribuem para aumentar a morbidade e mortalidade dos indivíduos que os apresentam. Esses parâmetros bioquímicos sofrem interferências de vários outros

fatores de risco cardiovasculares, sendo os principais idade, dieta e prática regular de exercícios físicos. Dessa forma, quanto maior a idade e menor o cuidado com alimentação e regularidade nos exercícios, maiores as chances de elevarem as concentrações de colesterol sérico total, LDL-c, triglicerídeos e glicemia, aumentando mais ainda os riscos cardiovasculares (D'AGOSTINO et al., 2008; FALUDI et al., 2017; SBD, 2017). Os níveis de colesterol total apresentaram valores acima da meta terapêutica em 35,7% dos jogadores do presente estudo. Já no estudo de Koyuncu et al. (2016), que analisou amostra de 269 lesionados medulares, foi encontrado colesterol total acima da meta terapêutica em 21,2% dos indivíduos lesados medulares. Considerando esse parâmetro, o grupo analisado apresenta maior percentual de indivíduos expostos ao desenvolvimento de aterosclerose, portanto maior risco cardiovascular (CANNON et al., 2015). Em relação aos triglicerídeos, 14,3% dos jogadores de basquetebol em cadeiras de rodas apresentavam valores elevados, diferentemente do percentual encontrado por Koyuncu et al. (2016) o qual encontrou valores elevados em 31% dos indivíduos lesados medulares. Entretanto, no estudo de Quintana, Neiva (2008), estudo também realizado com cadeirantes jogadores de basquetebol, foi encontrado que 8,3% dos jogadores apresentavam os níveis de triglicerídeos elevados. Considerando esses estudos, os níveis de triglicerídeos parece sofrer redução com a prática de basquetebol em cadeiras de rodas, visto que os níveis de triglicerídeos foi menor entre esses atletas em comparação com o estudo de Koyuncu et al. que avaliou lesados medulares independentemente do nível de atividade física. Quanto ao LDL-c, o presente estudo obteve que 35,7 % dos jogadores apresentaram níveis acima do alvo terapêutico diferentemente dos valores referenciados em outros estudos como Quintana; Neiva (2008) e Koyuncu et al. (2016) que encontraram percentuais elevados de LDL-c em 16,6% e 24,4% dos indivíduos analisados respectivamente. Esses dois estudos consideram como valor de corte de LDL-c o valor de 130mg/dl, assim a prática de basquetebol em cadeira de rodas parece repercutir de forma favorável também nos níveis de LDL-c. No entanto, o percentual de indivíduos com LDL-c elevado no presente estudo foi maior, isso provavelmente é decorrente ao maior rigor estabelecido pela Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose- 2017 que considera o risco cardiovascular do indivíduo para estabelecer o valor de corte para a concentração de LDL-c, variando de 130 mg/dl para o baixo risco a 50 mg/dl para o muito alto risco, portanto quanto maior risco cardiovascular do indivíduo, menor o valor de corte (FALUDI et al., 2017). Os níveis de HDL-c no presente estudo apresentou abaixo do desejável em 28,6% dos jogadores e no estudo de Quintana, Neiva (2008) os níveis baixos de HDL-c foi encontrado em 40,0% dos jogadores de basquete em cadeiras de rodas. Já no estudo de Koyuncu et al. (2016) o percentual de lesionados medulares com níveis baixos de HDL-c foi de 79,5%. Assim, mais uma vez, a prática de basquetebol parece repercutir de forma benéfica no perfil lipídico dos indivíduos com mobilidade reduzida. No presente estudo 7,1% dos jogadores apresentavam valores de glicemia de jejum elevados, entre 100mg/dl e 126mg/dl,

portanto categorizados com pré-diabéticos pela diretriz de referência deste estudo. Entre esses jogadores, um era diabético, mas apresentava os níveis glicêmicos controlados, já os que apresentavam alteração necessitam de mudança nos hábitos de vida como forma terapêutica para reduzir os níveis glicêmicos e uma avaliação clínica mais acurada para estabelecer ou descartar o diagnóstico de diabetes mellitus. Quintana, Neiva (2008) encontraram que 11,1% dos indivíduos cadeirantes apresentavam níveis inapropriados de glicemia, embora significativamente menor entre os jogadores de basquetebol em cadeiras de rodas, assim demonstrando que o exercício físico pode contribuir para o controle glicêmico nesse grupo específico. Quanto aos níveis da Lp(a), o presente estudo encontrou que 21,4% da amostra estavam com valores aumentados. Devido à falta de estudos envolvendo os níveis de Lp (a) em indivíduos com mobilidade reduzida, não foi realizada comparação com outros estudos envolvendo esse grupo específico. Kamstrup et al. (2009), em estudo envolvendo população em geral, encontraram que 20,0% dos indivíduos apresentavam valores de Lp (a) aumentados. No estudo de Buuren et al. (2017), envolvendo indivíduos atendidos em uma unidade hospitalar, foi encontrado que 18,4% da amostra se mostrava com níveis de Lp (a) elevados, mostrando concordância com os valores identificados no presente estudo, portanto os jogadores de basquetebol em cadeiras de rodas do presente estudo parecem ter risco cardiovascular semelhante ao da população geral quanto aos níveis de Lp (a). Já analisando pacientes que apresentaram Síndrome Coronariana Aguda prematura no Canadá, Afshar et al. (2016) encontraram valores de Lp (a) aumentados em 31,0% da amostra, portanto pacientes com Síndrome Coronariana Aguda apresentam níveis elevados de Lp (a) mais prevalente que na população geral.

CONCLUSÃO

A prática de basquetebol parece contribuir de forma positiva no perfil bioquímico, embora elevado percentual de jogadores de basquetebol em cadeiras de rodas apresenta algum parâmetro bioquímico alterado, principalmente colesterol total e LDL-c, o que impacta de forma negativa no estado de saúde desses indivíduos uma vez que aumenta o risco de desenvolver algum dano cardiovascular, elevando a morbidade e mortalidade desse grupo analisado. Portanto, medidas terapêuticas devem ser instituídas para os jogadores que apresentam alteração no perfil bioquímico para minimizar o risco cardiovascular, visto que são parâmetros modificáveis.

REFERÊNCIAS

AFSHAR, M. et al. Lipoprotein (a) Interactions With Low-Density Lipoprotein Cholesterol and Other Cardiovascular Risk Factors in Premature Acute Coronary Syndrome (ACS). *J Am Heart Assoc.*, v. 5, n. 4, p. 1-8, 2016.

- BAUMAN, W. A. *et al.* The effect of residual neurological deficit on serum lipoproteins in individuals with chronic spinal cord injury. **Spinal Cord**, v. 36, n. 1, p. 13-17, jan., 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de atenção básica. **Estratégia para cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162p.
- BUUREN, F. V. *et al.* Incidence of elevated lipoprotein (a) levels in a large cohort of patients with cardiovascular disease. **Clin Res Cardiol Suppl.**, v. 12, n. 1, 2017.
- CANNON, C. P. *et al.* Ezetimibe Added to Statin Therapy after Acute Coronary Syndromes. **N Engl J Med**, v. 372, n. 25, p. 2387-2397, 2015.
- D'AGOSTINO, R. B. *et al.* General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care: the Framingham Heart Study. **Circulation**, v. 117, n. 6, p. 743-753, 2008.
- FALUDI, A. A. *et al.* Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. **Arq Bras Cardiol**, v. 109, n. 1, p. 1-76, ago., 2017.
- KAMSTRUP, P. R. *et al.* Genetically elevated lipoprotein(a) and increased risk of myocardial infarction. **JAMA**, v. 301, n. 22, p. 2331-2339, 2009.
- KOYUNCU, E. *et al.* The analysis of serum lipid levels in patients with spinal cord injury. **The Journal of Spinal Cord Medicine**, v. 40, n. 5, p. 567-572, 2016.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Organização Mundial da Saúde nas Américas. **Doenças cardiovasculares**. 2016. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=839>. Acesso em: 26 nov. 2017.
- QUINTANA, R., NEIVA, C. M. Fatores de risco para Síndrome Metabólica em cadeirantes - jogadores de basquetebol e não praticantes. **Rev Bras Med Esporte**, v. 14, n. 3, p. 188-191, maio/jun., 2008.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo: Editora Clannad, 2017.
- SOUZA, J. A., FRANÇA, I. S. X. Prevalência de Hipertensão Arterial em pessoas com mobilidade física prejudicada: implicações para a enfermagem. **Rev Bras Enferm**,

GEORREFERENCIAMENTO DOS PACIENTES PORTADORES DE AIDS E SUA IMPORTÂNCIA PARA O CONTROLE EPIDEMIOLÓGICO DA DOENÇA

João Pedro Gomes de Oliveira¹; Bruno Faria Coury¹, Gracielle Fernanda dos Reis Silva¹; Nathália Vilela Del-Fiaco¹, Natália de Fátima Gonçalves Amâncio².

¹Acadêmicos(as) de Medicina, Centro Universitário de Patos de Minas, Patos de Minas;

²Doutora em Promoção da Saúde. Docente no Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas.

E-mail para contato: joaogomes@unipam.edu.br

RESUMO

Introdução: O georreferenciamento dos eventos de saúde é uma ferramenta para a avaliação de riscos à saúde coletiva. Dentre esses eventos, a AIDS representa um importante problema de saúde pública, cuja história natural vem sofrendo modificações que justificam o objetivo da vigilância epidemiológica em acompanhar a tendência temporal e espacial da doença com vistas a nortear as ações de prevenção e controle do agravo reduzindo sua morbimortalidade. **Objetivos:** A fim de contribuir com ações de prevenção e controle da doença, objetivou-se realizar o georreferenciamento dos portadores de AIDS habitantes de cidades pertencentes à macrorregião de Patos de Minas – MG. **Metodologia:** Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, do tipo transversal. Foi realizado levantamento dos casos de HIV/AIDS registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) – DATASUS, na macrorregião de Patos de Minas no período de 2013 a 2017. Para a construção dos mapas de georreferenciamento, utilizou-se o Google Maps. **Resultados:** O estudo detectou 460 pessoas que fizeram acompanhamento médico para a doença em Patos de Minas no período referenciado, sendo que destas, 268 residiam na cidade. Em relação ao sexo, 149 eram mulheres e 311 homens, havendo variação de acordo com os bairros de cada município. **Discussão:** A identificação da distribuição geográfica desses pacientes possibilitou visualizar as regiões onde há maior prevalência de infecção pela doença. **Conclusão:** O georreferenciamento permitirá a identificação das áreas de prevalência da patologia e a correlação com os fatores de risco possivelmente presentes nessas localidades, possibilitando o estabelecimento de metas de controle da doença.

PALAVRAS-CHAVE: AIDS. Epidemiologia. Georreferenciamento.

INTRODUÇÃO

No Brasil, existem Sistemas de Informações em Saúde (SIS) consolidados, a exemplo do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que disponibilizam dados para análises de situação de saúde. (SILVEIRA *et al.*, 2017). Nesse sentido, o georreferenciamento dos eventos de saúde é importante para a análise e para a avaliação de riscos à saúde coletiva, particularmente, as relacionadas com o meio ambiente e com o perfil socioeconômico da população (SKABA *et al.*, 2004).

Dentre esses eventos, a AIDS ainda representa, na atualidade, um importante problema de saúde pública, em função de sua gravidade e caráter pandêmico. A partir de 1996, com a disponibilização da terapia antirretroviral de alta potência (TARV ou HAART - High Active Antiretroviral Therapy) no Brasil, a história natural desse agravo vem sofrendo intensas modificações, com o aumento da

sobrevida dos pacientes em função da recomposição das funções do sistema imunológico e da redução das infecções oportunistas, o que justifica o objetivo da vigilância epidemiológica do HIV/AIDS em acompanhar a tendência temporal e espacial da doença, das infecções e dos comportamentos de risco, com vistas a nortear as ações de prevenção e controle do agravo e, como consequência, reduzir sua morbimortalidade (PELLINI *et al.*, 2017).

Dentre as ferramentas disponíveis para organização dos dados epidemiológicos, o georreferenciamento é definido como o processo de associação do dado a um mapa e o resultado desse processo é a criação de elementos gráficos que podem ser usados para localizar os determinantes de saúde/doença dos grupos populacionais. Os Sistemas de Informação Georreferenciados (SIG) trabalham com dados agregados por área, assim, diferentes níveis de taxa podem ser expressos por cores diferentes e níveis semelhantes. Desse modo, constituem - se em um instrumento prático para evidenciar as desigualdades existentes num dado território (NASCIMENTO, 2015).

OBJETIVO

A fim de contribuir com ações de prevenção e controle da doença, objetivou-se realizar o georreferenciamento dos portadores de AIDS habitantes de cidades pertencentes à macrorregião de Patos de Minas – MG.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, do tipo transversal. Foi realizado levantamento dos casos de HIV/AIDS registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) – DATASUS, na macrorregião de Patos de Minas no período de 2013 a 2017. Para a confecção dos mapas, os dados do SINAN foram importados para o programa SPSS para que houvesse a quantificação dos pacientes em cada cidade, bem como a análise do número de indivíduos de cada sexo nos municípios. A utilização efetiva do georreferenciamento permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica.

O trabalho foi realizado em três etapas: (I) análise dos códigos presentes no dicionário de dados do SINAN versão 5.0, (II) identificação dos municípios e do sexo dos pacientes a partir dos códigos, (III) georreferenciamento por meio do Google Maps. O georreferenciamento foi realizado por meio da Interface de Programação de Aplicativos (API) do Google, acessado com um script programado em

R. Ademais, uma amostra de 460 pacientes e de 25 localidades georreferenciadas automaticamente foram analisadas manualmente, para verificar se a marcação no mapa correspondia à cidade de origem do paciente informado.

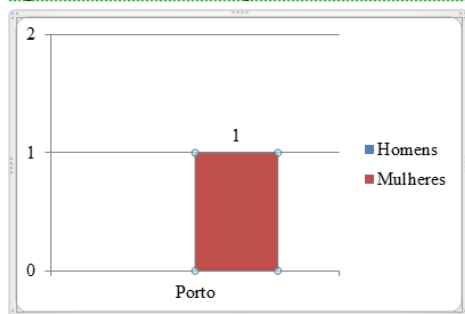
RESULTADOS

O presente estudo permitiu identificar a distribuição geográfica dos pacientes portadores de AIDS atendidos na macrorregião de Patos de Minas – MG atendidos no período de 2013 a 2017. Assim, levando em consideração a identificação da cidade local desses indivíduos, foi possível detectar 460 pessoas que fizeram acompanhamento médico para a doença em Patos de Minas, sendo que destas, 268 residiam na cidade.

Entre os critérios de exclusão, estão os pacientes cujos dados não estavam completos no SINAN. Ademais, não foram adicionados nos mapas os bairros das cidades menores que não puderam ser localizados pelo Google Maps, sendo acrescida a marcação apenas na cidade de origem.

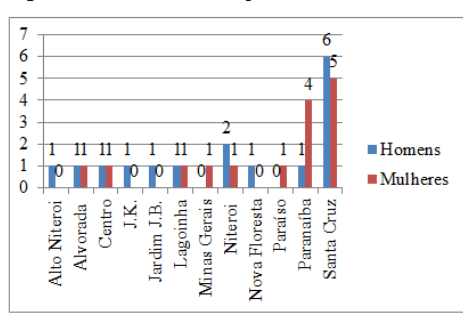
As figuras a seguir contêm os bairros de cada município componente da macrorregião, bem como o número de homens e mulheres portadores de AIDS, que possuíam cadastro completo no SINAN, em cada localidade:

Figura 1 - Pacientes do município de Brasilândia de Minas



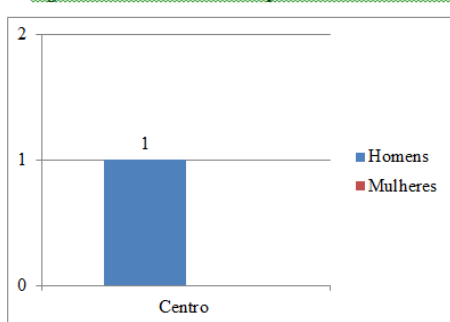
Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Figura 2 - Pacientes do município de Carmo do Paranaíba



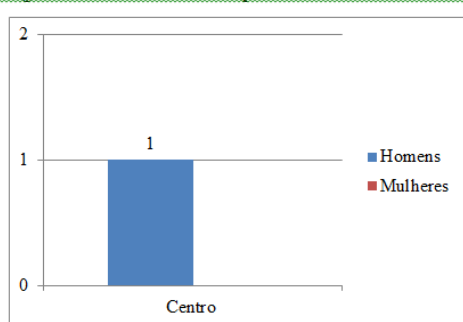
Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Figura 3 - Pacientes do município de Coromandel



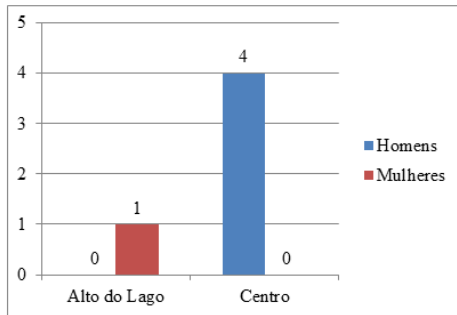
Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Figura 4 - Pacientes do município de Cruzeiro da Fortaleza



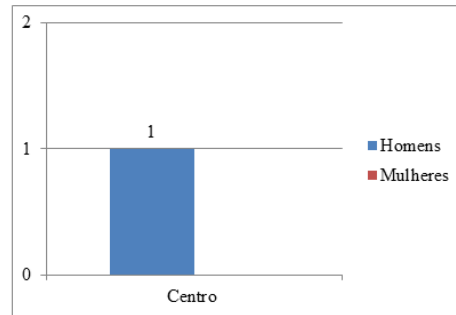
Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Figura 5 - Pacientes do município de Guimarães



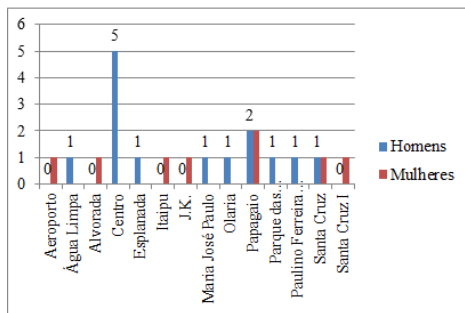
Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Figura 6 - Pacientes do município de Ibiá



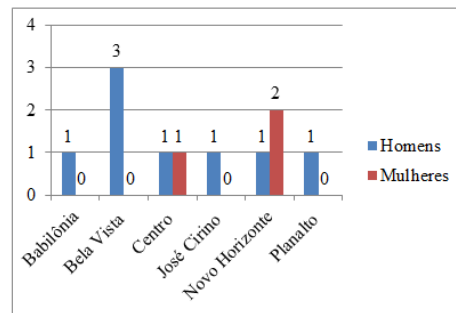
Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Figura 7 - Pacientes do município de João Pinheiro



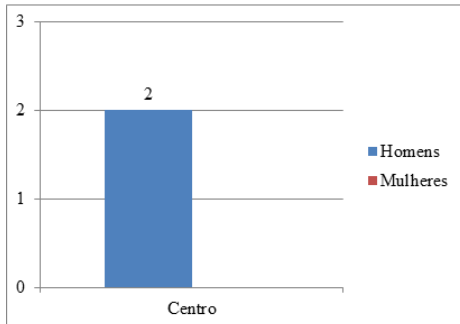
Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Figura 8 - Pacientes do município de Lagoa Formosa



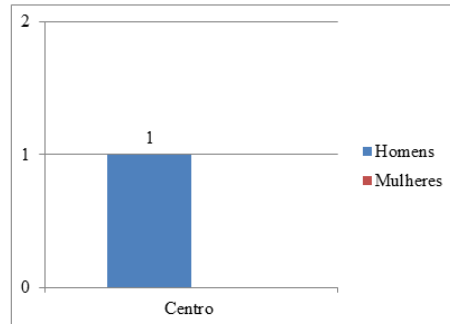
Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Figura 9 - Pacientes do município de Lagoa Grande



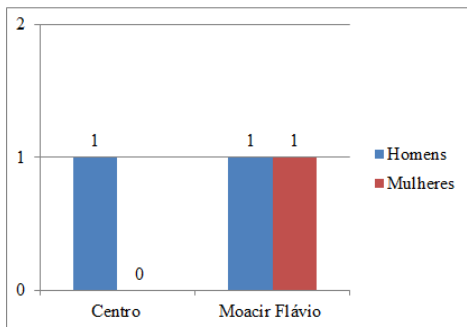
Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Figura 10 - Pacientes do município de Luislândia



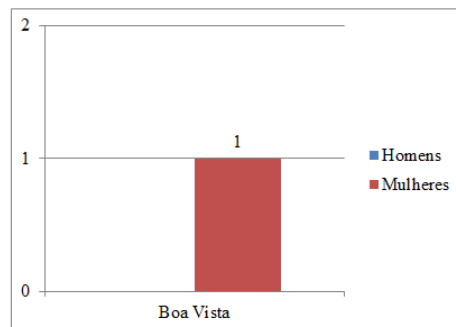
Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Figura 11 - Pacientes do município de Matutina



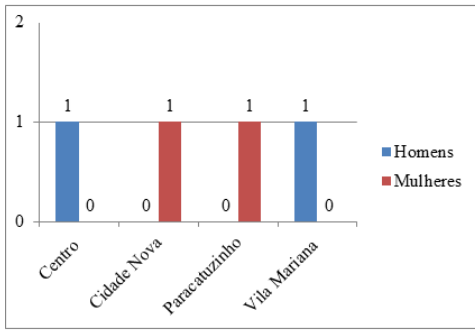
Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Figura 12 - Pacientes do município de Monte Carmelo



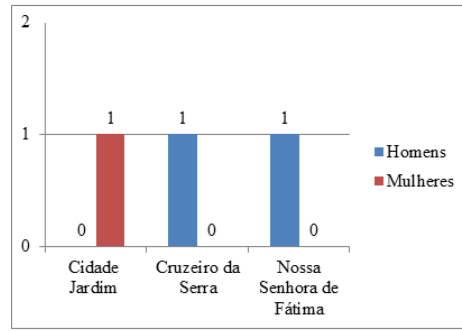
Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Figura 13 - Pacientes do município de Paracatu



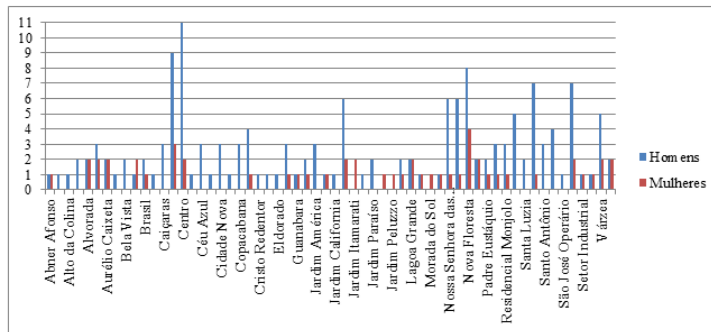
Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Figura 14 - Pacientes do município de Patrocínio



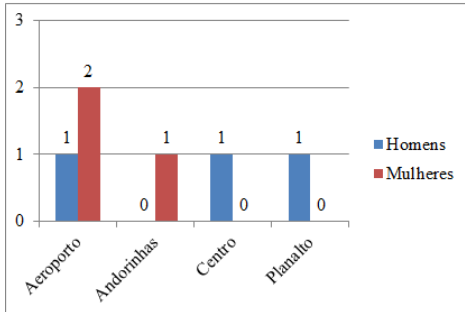
Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Figura 15 - Pacientes do município de Patos de Minas



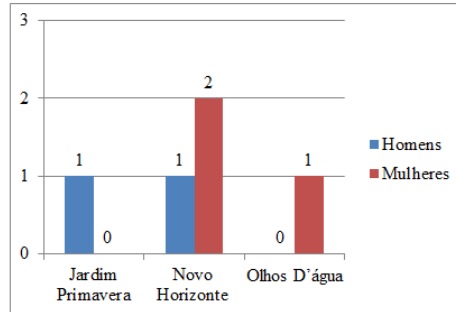
Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Figura 16 - Pacientes do município de Presidente Olegário



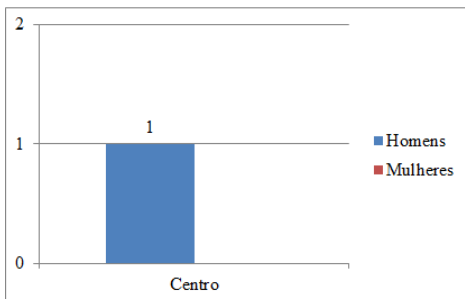
Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Figura 17 - Pacientes do município de Rio Paranaíba



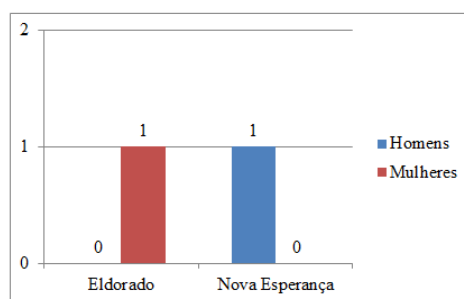
Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Figura 18 - Pacientes do município de Sabará



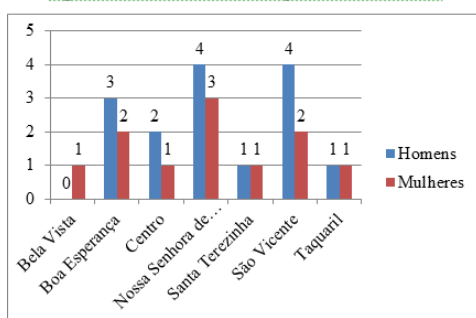
Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Figura 19 - Pacientes do município de São Gonçalo do Abaeté



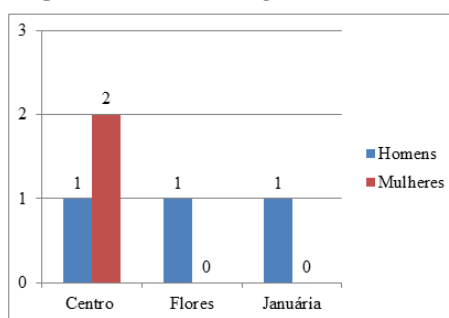
Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Figura 20 - Pacientes do município de São Gotardo



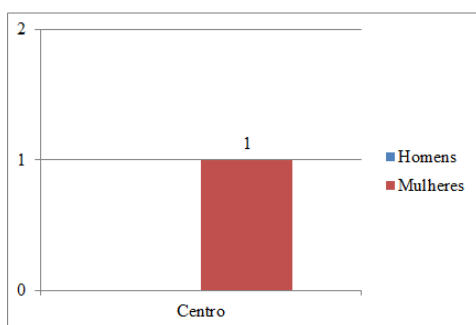
Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Figura 21 - Pacientes do município de Serra do Salitre



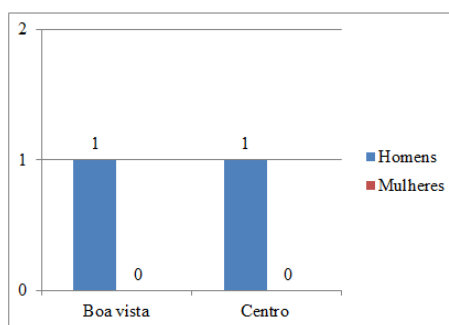
Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Figura 22 - Pacientes do município Tiros



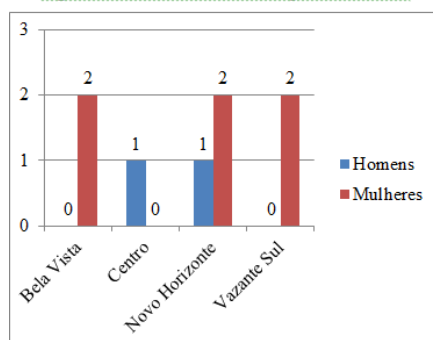
Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Figura 23 - Pacientes do município de Varjão de Minas



Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

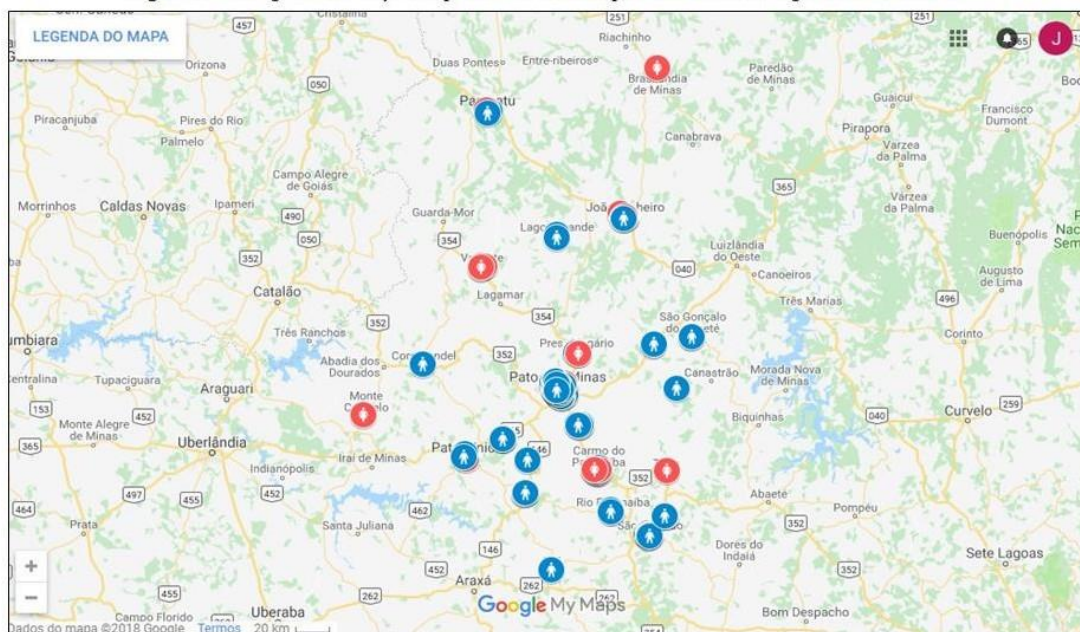
Figura 24 - Pacientes do município de Vazante



Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Dentre os pacientes cadastrados no sistema existiam indivíduos que residiam em 24 municípios distintos componentes dessa macrorregião, sendo que destes, 11 moram no município de Vazante, 38 em Carmo do Paranaíba, 9 em Presidente Olegário, 39 em São Gotardo, 30 em João Pinheiro, 4 em Lagoa Grande, 14 em Lagoa Formosa, 1 em Cruzeiro da Fortaleza, 7 em Paracatu, 2 em São Gonçalo do Abaeté, 9 em Rio Paranaíba, 5 em Serra do Salitre, 1 em Monte Carmelo, 1 em Sabará, 5 em Guimarães, 3 em Matutina, 1 em Tiros, 3 em Brasilândia de Minas, 2 em Varjão de Minas, 3 em Patrocínio, 1 em Luislândia, 1 em Coromandel, 2 em Ibiá e 2 em Unaí. Todas estas cidades alocadas no estado de Minas Gerais.

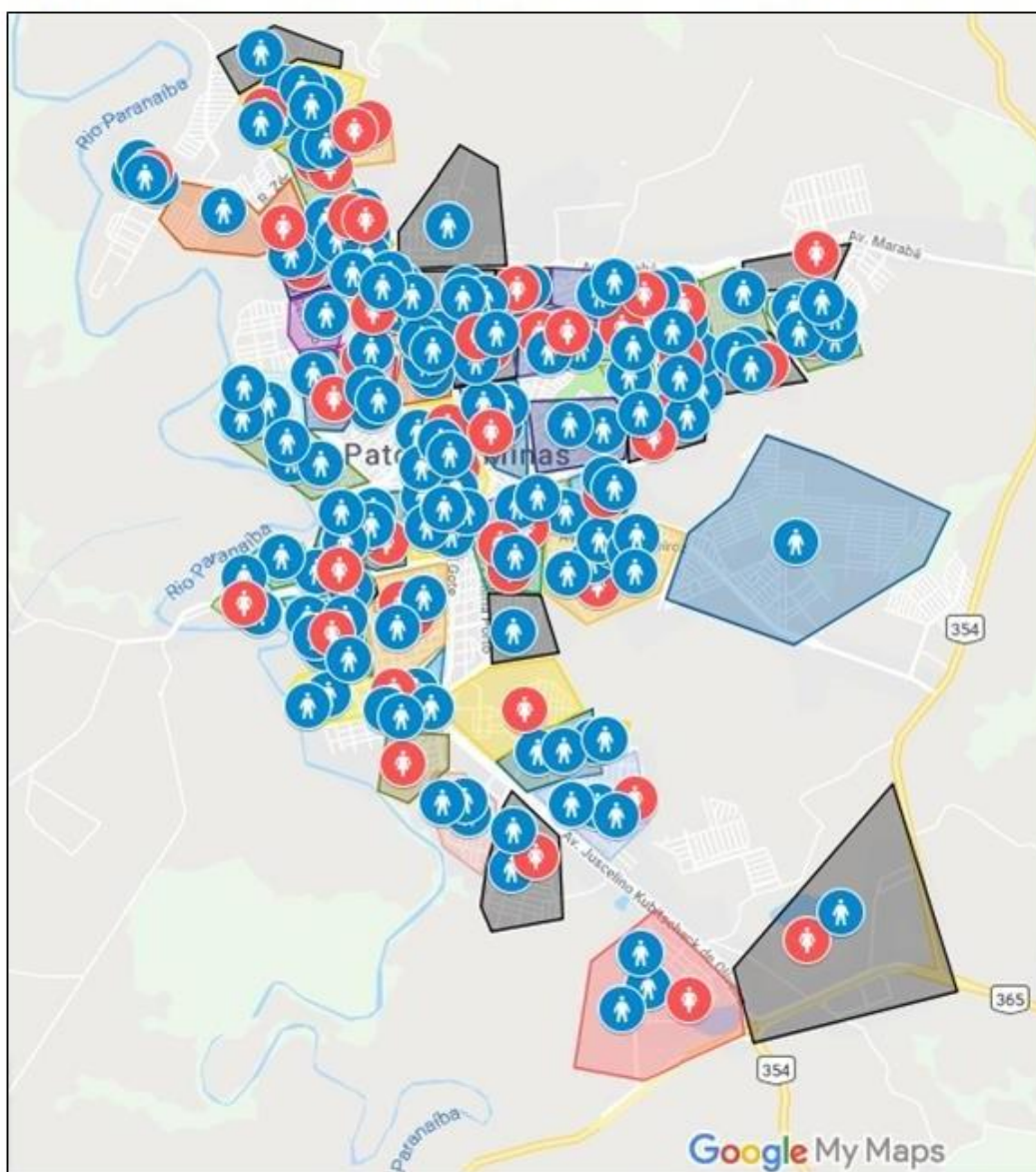
Figura 25 - Vista geral da marcação dos pacientes das cidades pertencentes à macrorregião de Patos de Minas



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

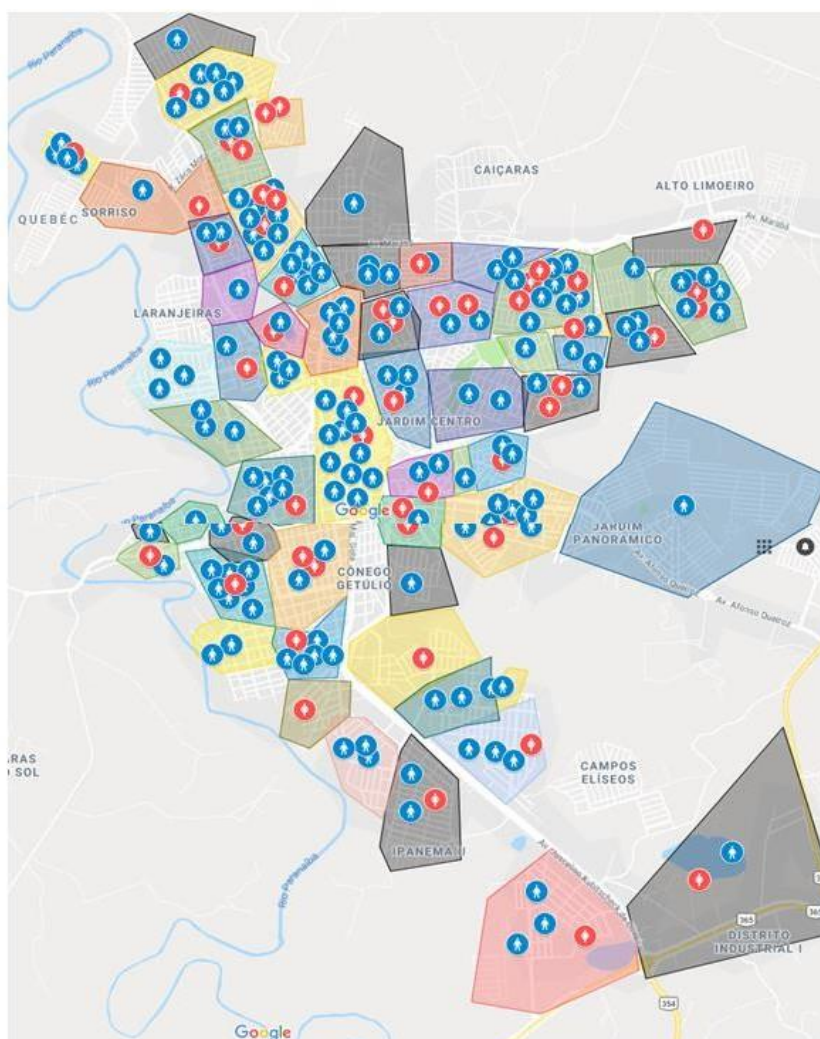
Além disso, a partir do georreferenciamento feito para cada cidade, levando em consideração o sexo e o bairro residido por cada pessoa, pode – se identificar o número de homens e mulheres em cada município e em cada bairro. As figuras a seguir contêm o georreferenciamento feito para a cidade de Patos Minas, cidade polo da macrorregião e que contém o maior número de indivíduos portadores da patologia.

Figura 26 - Vista geral da marcação dos pacientes residentes na cidade de Patos de Minas



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Figura 27 - Vista da marcação dos pacientes residentes na cidade de Patos de Minas, conforme bairro residencial.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

DISCUSSÃO

O atual contexto dos sistemas de saúde tem levado a uma crescente demanda por informações que permitam a avaliação dos serviços de saúde e o gerenciamento de recursos públicos. Nesta perspectiva, a utilização de técnicas de análise espacial por meio do geoprocessamento de dados georreferenciados tem despertado muito interesse ao setor saúde, uma vez que permite ter uma visão abrangente da saúde dos indivíduos no contexto social, histórico, político, cultural e ambiental em que estão inseridos (RIBEIRO *et al.*, 2014).

Assim, foi possível observar nos resultados encontrados uma prevalência masculina entre as pessoas portadoras de AIDS assistidas pela macrorregião em saúde de Patos de Minas, 311 pacientes eram do sexo masculino e 149 do sexo feminino. Entretanto, algumas cidades, como Presidente Olegário, Rio

Paranaíba e Vazante, apresentaram número maior de mulheres infectadas. Em outras localidades, como Paracatu e São Gonçalo do Abaeté, o número de infectados é o mesmo para ambos os sexos. Por outro lado, municípios como Coromandel, Cruzeiro da Fortaleza, Ibiá, Lagoa Grande, Luislândia, Sabará e Varjão de Minas contêm apenas homens doentes, enquanto, outras regiões, a exemplo de Brasilândia de Minas, Monte Carmelo e Tiros apresentam somente mulheres doentes.

Sob essa óptica, foi possível visualizar as regiões onde há maior prevalência de indivíduos infectados pela doença, bem como a prevalência de sexo em cada localidade, o que poderá ser utilizado pelas secretarias de saúde e pelos departamentos de vigilância epidemiológica regionais para a detecção das áreas mais vulneráveis, bem como para a correlação com fatores de risco, como o uso de drogas e a presença de pontos de prostituição, possivelmente presentes nestes locais que, por estes motivos, passam a ser consideradas regiões de risco.

No caso do município de Patos de Minas, os bairros Caramuru, Jardim Esperança, Nossa Senhora das Graças, Nossa Senhora de Fátima, Nova Floresta, Santa Terezinha, Sebastião Amorim e Várzea foram os que mais obtiveram pacientes portadores da doença. Além disso, todas estas localidades são consideradas de risco, uma vez que há predomínio de habitação de população de baixa classe socioeconômica, bem como alto índice de violência, entre outros, o que justifica a relação desses fatores de risco com a predisposição para a infecção. Por outro lado, o bairro Centro também obteve grande número de indivíduos infectados, o que pode ser justificado pela grande extensão e alta densidade demográfica da região ou, até mesmo, pela falha na adoção de políticas públicas destinadas à população do local.

CONCLUSÕES

A AIDS é uma patologia considerada uma epidemia mundial que se difere de acordo com os diferentes grupos sociais onde é percebida. Dessa forma, pode ser analisado, em sua dinâmica, um caráter global, cujos processos variam de acordo com as características específicas de cada localidade onde as pessoas vivem e moldam seu comportamento. Diante disso, essa epidemia deve ser compreendida e analisada como um produto de diferentes culturas, de interações sociais complexas, dos diversos comportamentos das comunidades e das características próprias do agente infeccioso.

Neste sentido, o georreferenciamento dos pacientes portadores da doença que são atendidos por centros de saúde no município de Patos de Minas – MG permitirá às secretarias de saúde e aos departamentos de vigilância epidemiológica a identificação das áreas onde a patologia é mais prevalente, além da correlação com os fatores de risco possivelmente presentes nessas localidades. A partir deste panorama poderão ser estabelecidas metas de combate a essas questões de risco com

o intuito de diminuir, cada vez mais, os índices dessa doença nos municípios da macrorregião de Patos de Minas.

REFERÊNCIAS

SILVEIRA, Ismael Henrique Da; OLIVEIRA, Beatriz Fátima Alves De; JUNGER, Washington Leite. Utilização do Google Maps para o georreferenciamento de dados do sistema de informações sobre mortalidade no município do Rio de Janeiro, 2010 -2012. **Epidemiol. serv. saúde**, Brasília, p.111-222, out./dez. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n4/2237-9622-ress-26-04-00881.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2018.

SKABA, D. A. et al. Geoprocessamento dos dados da saúde: o tratamento dos endereços. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, p. 1-4, dez. 2004. Disponível em: <<file:///c:/users/adm/downloads/2.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2018.

PELLINI, A. C. G. et al. A trajetória da epidemia de AIDS nas mulheres residentes no município de São Paulo, de 1983 a 2012. **Revista brasileira de geografia médica e da saúde**, [S.L.], p. 1-16, dez. 2017. Disponível em: <<file:///c:/users/adm/downloads/3.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2018.

NASCIMENTO, Rejane Cristina Da Cruz. **Análise espacial dos casos de AIDS em adultos no estado de Mato Grosso**. 2015. 60 p. Dissertação de Mestrado (Título de Mestre em Ciências Odontológicas Integradas,- Universidade de Cuiabá -UNIC, Cuiabá - MT, 2015. Disponível em: <<http://file:///C:/Users/ADM/Downloads/7.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2018.

RIBEIRO, M.A. et al. Georreferenciamento: ferramenta de análise do sistema de saúde de Sobral - Ceará. Sanare: **Revista de Políticas Públicas**. Sobral, v.13, n.2, p. 63-69, 2015. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/583/316>>. Acesso em 30 set. 2018.

O OLHAR DE ESTUDANTES DE MEDICINA SOBRE A APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS

Mariana Freire de Oliveira Perpétuo¹; Larissa Viana Valadares¹; Michelle Oliveira Nina Rocha¹; Marilene Rivany Nunes²

¹Acadêmicos do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas;

²Doutora em Enfermagem em Saúde Pública – EERP-USP; Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas

E-mail para contato: marianafreire26@gmail.com

RESUMO: Pesquisa de campo descritiva com abordagem quanti-qualitativa, com o objetivo de identificar a percepção dos acadêmicos do curso de medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – Minas Gerais sobre a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP). Utilizou-se um questionário auto preenchível contendo questões objetivas e subjetivas. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa do Centro Universitário de Patos de Minas. Os dados objetivos foram analisados por meio da estatística descritiva e apresentados na forma de tabelas, e os dados subjetivos pela interpretação de sentidos propiciando elencar os núcleos de sentidos. Constatou-se que 72% dos participantes não conheciam a ABP antes de ingressar na universidade; 52% se sentem seguros com a ABP; 73% acreditam que ABP diminui distancia entre teoria e prática; 62% acham a ABP mais efetiva que o método de ensino tradicional; todos acreditam que a ABP permite o desenvolvimento de mais de uma habilidade.

PALAVRAS-CHAVE: Aprendizagem Baseada em Problemas. Curso de Medicina. Aprendizagem Significativa. Competência Profissional.

INTRODUÇÃO

Por séculos, o método de ensino tradicional prevaleceu como único e melhor método de ensino adotada nas universidades formadoras de profissionais da área da saúde. Até certo tempo, era sim o melhor método de ensino-aprendizagem uma vez que as informações eram escassas e o acesso a elas difícil, sendo, portanto, indispensável a atuação do professor detentor do conhecimento transmiti-lo aos seus alunos de forma dependente e passiva (SILVA; GONTIJO, 2015). Com o avançar dos anos, no entanto, esse cenário mudou graças ao avanço tecnológico e à globalização. A tecnologia mostrou-se capaz de promover profundas mudanças tanto na formação quanto na atuação profissional, bem como no modo de ensinar e aprender (SILVA; GONTIJO, 2015). A partir desse cenário e da percepção da ineficácia do método tradicional, surge na segunda metade do século XX, um novo método de ensino - Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) ou, em inglês, *Problem Based Learning* (PBL). Esta consiste numa concepção pedagógica que concede ao aluno um papel ativo no processo ensino-aprendizagem, cabendo ao professor a função de facilitar e orientar esse processo (SOUZA, DOURADO, 2015).

OBJETIVO

Identificar a percepção de alunos de medicina de um centro universitário no interior de Minas Gerais, acerca da aprendizagem baseada em problemas empregada em sua formação acadêmica.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de campo descritiva com abordagem quanti-qualitativa. A amostra foi constituída de acadêmicos do curso de medicina, matriculados no 2º ao 8º período, no ano de 2017, no Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM), no interior de Minas Gerais. Foi utilizado como instrumento para a coleta dos dados, dois questionários autoperenchíveis, com vista a identificar o perfil sociodemográfico dos alunos e a percepção sobre PBL. A coleta de dados foi realizada nas salas de aula do curso de medicina do UNIPAM, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, no mês de outubro de 2017. Os dados objetivos foram analisados pela estatística descritiva e apresentado a frequência de cada variável na forma de número absoluto e relativo em tabelas. As questões subjetivas foram analisadas pelo método de Interpretação de sentidos buscando dar visibilidade as percepções dos alunos sobre ABP e elencando os núcleos de sentidos. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa do Centro Universitário de Patos de Minas Parecer nº 012950/2017.

RESULTADOS

A amostra do estudo foi constituída por 220 alunos matriculados no curso de medicina do UNIPAM, no ano de 2017, cursando do 2º período até o 8º período. Nota-se que a maioria dos estudantes são do sexo feminino (72%), estão na faixa etária média de 21 anos (21,83), no 8º período do curso (29,5%). Também foi possível identificar que a maioria dos alunos possui o estado conjugal solteiros (94%), renda familiar superior a 4 salários mínimos (71%) e não desenvolvem nenhuma atividade profissional concomitantemente com o curso (96%). Em relação aos aspectos da percepção dos alunos sobre o método Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) verificou-se que a maioria não conhecia este método antes do ingresso na faculdade (72%), sentem segurança que o método proporciona para sua formação profissional (52%) e que o método consegue articular e integrar a teoria e a prática (73%). Ao questionar os alunos sobre quais as habilidades desenvolvidas a partir da metodologia ativa fundamentada na ABP verificou-se o desenvolvimento de várias habilidades, sendo mais significativa a autonomia (17%), habilidade de comunicação (16%) e a autocrítica (14%) e, a maioria deles acha que o método permite o desenvolvimento de mais de uma habilidade. Ao questionar os alunos sobre a efetividade do método PBL em relação ao método de ensino tradicional, percebeu-se que 137 (62%) alunos acreditam que este método é mais efetivo do que o

método tradicional. Ao analisar as explicações dos alunos do curso de medicina sobre os motivos da efetividade ou não do PBL foi possível por meio da Interpretação dos sentidos elencar núcleos de sentido a saber A) Aprendizagem baseada em problemas desenvolve habilidade cognitivas, psicomotora e atitudinais importantes para a competência profissional do médico, B) A integração entre a teoria e a prática por meio da aprendizagem baseada em problemas, C) Aprendizagem baseada em problemas X insegurança e ansiedade do aluno.

DISCUSSÃO

Sobre a falta de conhecimento da ABP, percebe-se que a divulgação sobre a Aprendizagem Baseada em Problemas se encontra muito escassa, tanto a nível de formação educacional básica quanto superior. Esse fato mostra-se incoerente com a resolução de 2014, que Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DNC); a proposta de ensino exigida não se encaixa no método de ensino tradicional, atualmente utilizado como único no Ensino Básico e predominante no Ensino Superior já que, conforme o Art. 7º das DNC, o aluno de Medicina precisa corresponsabilizar-se pela própria formação inicial, ou seja, o aluno precisa tomar parte ativa no processo de ensino/aprendizagem. Entretanto, esta pesquisa mostrou que 159 (72%) dos alunos que participaram da pesquisa, sequer conheciam o método ABP de ensino. Sobre a segurança dos alunos em relação à ABP, a metodologia de ensino baseada em problemas traz insegurança, por sua vez, a medida que coloca o aluno como principal responsável pelo seu processo de ensino-aprendizagem, além de colocá-lo constantemente em situações-problema estressantes. Dentre os entrevistados, 48% dos alunos pesquisados demonstraram insegurança quanto ao método ABP, o que deve motivá-los a buscarem mais conhecimento. Essa insegurança poderia ser refletida na atividade profissional uma vez que o aluno é exposto com frequência à realidade durante o curso. Sobre a eficácia da ABP em relação à Metodologia Tradicional, o método ABP veio em contraste ao método tradicional de ensino. Tanto Freire (1996) quanto Schmitz (2006) convergem suas ideias no que diz respeito ao ensino tradicional: nesse método, os professores tomam posição de detentor absoluto do conhecimento, dificultando que seus alunos pensem além do que lhes é imposto. Em oposição ao método tradicional, o ABP, conforme Alrahlah (2016), permite ao aluno aplicar a teoria do conhecimento na prática proporcionada por uma situação real, o que traz a possibilidade de um aprendizado mais efetivo e claro. A pesquisa feita por meio deste trabalho corrobora essas afirmações, pois dentre os 220 alunos, 137 (72%) compreendem a relevância do método ABP em detrimento do tradicional. Sobre a ABP e o desenvolvimento de habilidades, os autores Gomes, Brito e Varella (2017) entendem que a ABP lança mão de estratégias sistemáticas e seletivas, de forma a proporcionar ao aluno a capacitação para a resolução de problemas. Sendo assim, permite ao aluno

desenvolver habilidades imprescindíveis para a atuação profissional e resolução de problemas durante o curso. Os alunos que participaram desta pesquisa disseram que mais de uma habilidade puderam ser desenvolvidas por meio do método ABP. Dentre elas, as habilidades como autonomia, habilidade de comunicação e autocrítica foram as mais citadas. No entanto, várias outras, como independência, habilidade de resolução de problemas, raciocínio clínico e trabalho em equipe também foram ratificadas pelos alunos como habilidades que eles conseguiram desenvolver por meio desse método. Sobre a integração entre teoria e a prática por meio da ABP, Henk Schmidt (1983) define que um dos aspectos de extrema importância para o aprendizado é o de que o conhecimento adquirido depende de um contexto que permita ao aluno reativá-lo, de forma a fixá-lo permanentemente na memória, tal qual no método ABP. Sobre a ABP versus a insegurança e ansiedade do aluno, Fiorottiet al (2010) diz que os alunos que se ingressam no curso de medicina entram já estressados pelo processo exaustivo do vestibular e, durante o curso de graduação, grandes responsabilidades. Um método de ensino que expõe o acadêmico a situações reais da profissão, como o ABP, pode gerar intensa ansiedade e insegurança nesse aluno. A proposta de um método de ensino prático é, também, permitir ao aluno lidar com essas sensações que poderiam atrapalhá-lo no cotidiano.

CONCLUSÕES

Com esse trabalho foi possível verificar que o método de ensino adotado na instituição é o melhor método de aprendizagem na atualidade. Faz-se necessário, nesse sentido, que a disseminação desse método aumente cada vez mais e que mais estudos sejam feitos a fim de avaliar a efetividade do método para que, daqui algum tempo, a ABP seja adotada como método de ensino unânime no ensino de aprendizagem a nível superior em todas as áreas de ensino, não somente na área da saúde.

REFERÊNCIAS

Alrahlah A. How effective the problem-based learning (PBL) in dental education. A critical review. *The Saudi Dental Journal*. 2016;28(4):155-161. doi:10.1016/j.sdentj.2016.08.003.

BRASIL, Resolução n.º 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 20jun. 2014., Seção I.

FIOROTTI, K.P.; ROSSONI, R.R.; MIRANDA, A.E. Perfil do estudante de Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo, 2007. *Rev. Bras. Educ. Med.*, v.34, n.3, p.355-362, 2010.

FREIRE, Paulo. **Cuidado, escola:** desigualdade, domesticação e algumas saídas. 35ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1996.

GOMES, R. **Pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2014. 45 p.

COMPARAÇÃO DA V DIRETRIZ BRASILEIRA DE DISLIPIDEMIAS E PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE (2013) E DE SUA ATUALIZAÇÃO (2017) QUANTO AO PERFIL LIPÍDICO DE JOGADORES DE BASQUETEBOL EM CADEIRAS DE RODAS

Olímpio Pereira de Melo Neto¹; Ana Clara Garcia Guimarães²; Daniel dos Santos³; Guilherme Junio Silva¹; Karine Cristine de Almeida⁴; Marconi Guarienti¹; Kelen Cristina Estavanate de Castro⁴

¹Acadêmicos do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas;

²Acadêmica do Curso de Nutrição do Centro Universitário de Patos de Minas;

³Docente do curso de Doutorado em Promoção da Saúde da Universidade de Franca;

⁴Docentes do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas.

E-mail para contato: opmeloneto@gmail.com

RESUMO

As dislipidemias estão geralmente associadas com o surgimento de doenças cardiovasculares, assim torna-se importante o estabelecimento de metas terapêuticas que sejam capazes de minimizar o impacto e os danos negativo sobre a saúde. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo comparar os parâmetros do perfil lipídico estabelecido na V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose em relação aos parâmetros estabelecidos na Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose - 2017 aplicados aos jogadores de basquete em cadeiras de rodas. O estudo realizado foi do tipo transversal, com caráter quantitativo e descritivo com jogadores de basquetebol em cadeira de rodas de uma equipe do Alto Paranaíba. Foram realizadas análises bioquímicas para determinar o perfil lipídico e os resultados foram categorizados conforme os parâmetros estabelecidos nas referidas diretrizes para comparação por meio de tabulações cruzadas e utilizando o teste de Qui-quadrado de Pearson para análise estatística. Neste estudo, foi encontrado que os parâmetros de corte estabelecidos para o colesterol total e LDL-c apresentaram diferenças significativas e que a Atualização da Diretriz estabelece valores de corte mais rigorosos visando minimizar o risco cardiovascular inerente à dislipidemia uma vez que estudos recentes apresentaram que maiores reduções no LDL-c reduz a morbimortalidade cardiovascular. Os parâmetros para triglicérides e HDL-c foram os mesmos em ambas diretrizes. Portanto, o maior rigor em recomendar tratamento hipolipemiante pela Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose - 2017 repercute de maneira mais positiva ao preconizar redução mais intensa do risco cardiovascular.

PALAVRAS-CHAVE: Aterosclerose. Dislipidemias. Deficiência Física. Colesterol. Terapêutica.

INTRODUÇÃO

As dislipidemias são caracterizadas pela alteração no perfil lipídico. A instalação destas se associam à presença de aterosclerose (PIRES et al., 2015) e conseqüentemente predispõe à manifestação de eventos cardiovasculares potencialmente fatais. Desse modo, estabelecer metas terapêuticas a fim de normalizar o perfil lipídico e evitar tais acontecimentos é de grande valia (FALUDI et al., 2017). Com o intuito de uniformizar a conduta para a estratificação do risco individual, orientar um tratamento mais eficaz e alcançar as metas terapêuticas são elaboradas diretrizes, que são atualizadas periodicamente conforme a dinâmica da ciência vai respaldando as condutas mais adequadas a serem seguidas.

OBJETIVO

Comparar os parâmetros do perfil lipídico estabelecido na V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (XAVIER et al., 2013) em relação aos parâmetros estabelecidos na Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose - 2017 (FALUDI et al., 2017) em uma equipe de jogadores de basquete em cadeiras de rodas.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo foi do tipo transversal, com caráter quantitativo e descritivo, realizado com jogadores de basquete em cadeira de rodas de uma equipe do Alto Paranaíba. Os métodos de avaliação incluíram aplicação de questionário sociodemográfico e realização de exames bioquímicos que determinaram o perfil lipídico. O perfil lipídico dos jogadores foi categorizado conforme as recomendações (TABELA 1) da V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (XAVIER et al., 2013), assim como as recomendações (TABELA 2) da Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose- 2017 (FALUDI et al., 2017). A comparação do perfil lipídico entre ambas diretrizes foi avaliada por meio de tabulações cruzadas e utilizando o teste de Qui-quadrado de Pearson para análise estatística, assumindo como nível de significância $p < 0,05$. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do UNIPAM sob protocolo nº 2.494.455 (2018).

Tabela 1 - Valores referenciais do perfil lipídico segundo a V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (adultos > 20 anos).

Lípides	Com jejum (mg/dl)	Categoria Referencial
Colesterol Total	< 200	Desejável
LDL-c	< 130	Desejável
HDL-c	> 40	Desejável
Triglicérides	< 150	Desejável

Fonte: XAVIER et al., 2013.

Tabela 2 - Valores referenciais e de alvo terapêutico* do perfil lipídico segundo a Atualização da **Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose- 2017** (adultos > 20 anos).

Lípides	Com jejum (mg/dl)**	Categoria Referencial
Colesterol Total	< 190	Desejável
HDL-c	> 40	Desejável
Triglicérides	< 150	Desejável
Categoria de risco		
	< 130	Baixo
LDL-c	< 100	Intermediário
	< 70	Alto
	< 50	Muito Alto

* Conforme avaliação de risco cardiovascular estimado pelo médico solicitante.

** Jejum de 12 horas.

Fonte: FALUDI et al., 2017.

RESULTADOS

Foram avaliados 14 jogadores de basquetebol em cadeira de rodas, sendo 12 do sexo masculino (85,7%) e com idade de 25 a 55 anos (38,2±10,1 anos). Considerando os parâmetros do perfil lipídico da V Diretriz (2013), 21,4% dos jogadores apresentavam os níveis de colesterol total elevado e níveis de LDL-c elevado. Considerando a Atualização da Diretriz (2017), 35,7% dos jogadores apresentavam níveis de colesterol total elevado e apresentavam acima do alvo terapêutico para LDL-c. Os valores elevados de triglicérides foram encontrados em 14,3% dos jogadores e valores baixos de HDL-c em 28,6% dos jogadores considerando os parâmetros de ambas as diretrizes (TABELA 3).

Tabela 3 – Distribuição dos jogadores de basquetebol em cadeiras de rodas quanto ao perfil lipídico recomendado pela V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose e pela Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose - 2017.

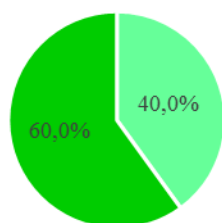
	V Diretriz		Atualização da Diretriz	
	Desejável	Elevado	Desejável	Elevado
Colesterol total	78,6%	21,4%	64,3%	35,7%
LDL-c	78,6%	21,4%	64,3%	35,7%
Triglicérides	85,7%	14,3%	85,7%	14,3%
	Desejável	Baixo	Desejável	Baixo
HDL-c	71,4%	28,6%	71,4%	28,6%

Fonte: Dados do estudo.

Quando comparado os parâmetros do perfil lipídico que eram diferentes entres as diretrizes (GRÁFICO 1), colesterol total e LDL-c, foi encontrada diferença significativa ($p = 0,009$) para a categorização dos jogadores de basquetebol em cadeiras de rodas, sendo que 40,0% dos jogadores que apresentavam esses parâmetros elevados conforme a Atualização da Diretriz, seriam categorizados como níveis desejáveis pela V Diretriz.

Gráfico 1 – Comparação dos níveis de colesterol total e LDL-c dos jogadores de basquetebol em cadeiras de rodas quanto aos parâmetros estabelecidos pela V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose e pela Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose- 2017.

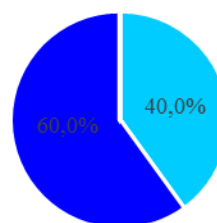
Jogadores categorizados como colesterol total alto pela Atualização da Diretriz



■ Desejável (V Diretriz)
■ Alto (V Diretriz)

$p = 0,009$

Jogadores categorizados como LDL-c alto pela Atualização da Diretriz



■ Desejável (V Diretriz)
■ Alto (V Diretriz)

$p = 0,009$

Fonte: Dados do estudo.

DISCUSSÃO

A V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose estabelece como ponto de corte para os níveis de colesterol total o valor de 200 mg/dl e para o LDL-c o valor de 130 mg/dl (XAVIER et al., 2013). Já a Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose - 2017 estabelece o valor de 190 mg/dl para os níveis de colesterol total e para os níveis de LDL-c os valores variam conforme o risco cardiovascular estimado para cada participante, variando de 130 mg/dl para o baixo risco a 50 mg/dl para o muito alto risco, sendo considerado os valores abaixo do alvo terapêutico como desejável (FALUDI et al., 2017). Assim, quanto maior risco cardiovascular do indivíduo, menor o valor de corte para LDL-c para iniciar terapêutica hipolipemiante. Nessa diretriz, o risco de desenvolver algum dano cardiovascular em 10 anos foi

determinado conforme as recomendações do Escore de Risco Global além de fazer recomendações adicionais para as categorias alto e muito alto risco (FALUDI et al., 2017). Quanto aos valores de corte para os níveis de triglicérides e de HDL-c foram os mesmos em ambas as diretrizes. Os resultados obtidos avaliando o grupo de jogadores de basquetebol em cadeiras de rodas evidencia diferença significativa quanto ao colesterol total e LDL-c na classificação do perfil lipídico usando a V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e sua atualização de 2017. Isso proporciona relevante repercussão no seguimento terapêutico uma vez que 40,0% dos jogadores com níveis de colesterol total assim como de LDL-c pela Atualização de 2017 não receberiam tratamento caso fosse considerada a V Diretriz, visto que teriam os níveis tanto de colesterol total quanto de LDL-c classificado como desejável por essa diretriz. Isso impacta de forma negativa na qualidade de vida desses jogadores por aumentar o risco cardiovascular (D'AGOSTINO et al., 2008), uma vez que os níveis altos de colesterol total, principalmente de LDL-c, estão associados ao desenvolvimento de doença aterosclerótica (FORTI; DIAMENT, 2006). Tal apontamento merece atenção quanto ao manejo clínico dos jogadores, visto que a redução da LDL-c reflete diminuição em 30% na morbidade e na mortalidade por esta doença (FORTI; DIAMENT, 2006). Além disso, como foi encontrado por Baigent et al. (2010), existe redução em cerca de um quinto nos eventos vasculares oclusivos para cada 1,0 mmol/l de redução no LDL-c, bem como redução de 25,0% no risco cardiovascular em pacientes sem história prévia de doença vascular. Portanto, como já evidenciado em estudos, quanto mais intenso o tratamento para reduzir os níveis de LDL-c, maior será a redução da ocorrência de danos cardiovasculares (CANNON et al., 2015).

CONCLUSÃO

A Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose - 2017 apresenta maior rigor em recomendar tratamento hipolipemiante, o que repercute de maneira positiva ao reduzir mais intensamente o risco cardiovascular. Assim, a atualização dessa diretriz baseada em evidências é importante para a melhoria em saúde da população por reduzir a morbidade e mortalidade cardiovascular.

REFERÊNCIAS

- BAIGENT, C. et al. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170 000 participants in 26 randomised trials. **Lancet**, v. 376, n. 9753, p. 1670-1681, 2010.
- CANNON, C. P. et al. Ezetimibe Added to Statin Therapy after Acute Coronary Syndromes. **N Engl J Med**, v. 372, n. 25, p. 2387-2397, 2015.

D'AGOSTINO, R. B. et al. General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care: the Framingham Heart Study. **Circulation**, v. 117, n. 6, p. 743-753, 2008.

FALUDI, A. A. et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. **Arq Bras Cardiol**, v. 109, n. 2, p. 1-76, 2017.

FORTI, N.; DIAMENT, J. Lipoproteínas de Alta Densidade: Aspectos Metabólicos, Clínicos, Epidemiológicos e de Intervenção Terapêutica. Atualização para os Clínicos. **Arq Bras Cardiol.**, v. 87, n. 5, p. 672-679, 2006.

PIRES, A. et al. Insulino-resistência, Dislipidemia e Alterações Cardiovasculares num Grupo de Crianças Obesas. **Arq Bras Cardiol.**, v. 104, n. 4, p. 266-273, 2015.

XAVIER, H. T. et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arq Bras Cardiol.**

CARACTERIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA EM PATOS DE MINAS

Valeska Balen Ronsoni¹; Monique Martins¹; Vitor Vieira Rezende¹; Gianne Palacio Teixeira Eller¹; Maria Laura Vieira Manna¹; Edimirson Batista De Lima Junior².

¹ Acadêmicos do Centro Universitário de Patos de Minas;

² Médico regulador intensivista do SAMU Patos de Minas;

E-mail para contato: valeskaronsoni@outlook.com

RESUMO

As causas externas são a terceira causa de mortalidade na população geral no Brasil. Patos de Minas está entre as cidades com maiores índices de mortalidade em Minas Gerais. Trata-se de estudo descritivo e retrospectivo analisando 4188 registros na base de dados do SAMU no período de janeiro a junho de 2018. No presente estudo constatou-se o predomínio da faixa etária das vítimas maior ou igual a 60 anos, com maior concentração na segunda e quinta-feira, no período diurno. As unidades básicas foram encaminhadas com maior frequência, seguindo em sua maioria a Unidade de Pronto Atendimento, com 19 óbitos no período estudado. Em relação às causas de atendimento predominaram as clínicas (59,8%), seguida pelas externas (26,9%), e dentro destas, metade se refere à acidentes de trânsito. A epidemiologia tem grande relevância, pois fundamentam o conhecimento e aproximam os serviços envolvidos da realidade com a qual lidam diariamente, o que é essencial para fomentar a qualidade do atendimento.

PALAVRAS-CHAVE: Epidemiologia. Mortalidade. Trauma. Urgência.

INTRODUÇÃO

As transformações históricas e sociais que a sociedade passa, repercutem na produção e distribuição dos problemas de saúde. Desta forma, o novo perfil epidemiológico do Brasil é consequência destas mudanças e da grande influência que o ser humano exerce sobre o ambiente em que vive e vice-versa. As doenças infecciosas e parasitárias que compunham o primeiro lugar no perfil de morbimortalidade da população, hoje dão lugar às doenças crônico-degenerativas e às causas externas, que compõem cerca de 60% dos óbitos (BASTITELA, 2007).

Acidentes decorrentes de traumas no trânsito, envenenamento, afogamento, quedas, queimaduras e violências, como, agressões, homicídios, suicídios ou tentativas, abusos físicos, sexuais, psicológicos e negligência, representam a terceira causa de morte no Brasil entre crianças de 0 a 9 anos de idade, ocupando o primeiro lugar na população de jovens (10 a 39 anos), decrescendo para a sexta posição entre os idosos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Os traumas são responsáveis por aproximadamente 9% dos óbitos mundiais. Estima-se que 38% da mortalidade por causa externa tenham sido em decorrência de violência. No Brasil a região Sudeste

possui a maior porcentagem desses óbitos em comparação aos outros estados do país (PRAÇA et. al., 2017).

Boletins do Sistema de Informações sobre Mortalidade mostram que entre os anos de 2014 a 2016, Patos de Minas é a décima oitava cidade com maiores índices de óbitos no estado de Minas Gerais, atrás de grandes centros como Belo Horizonte (primeiro lugar), Contagem e Uberlândia. Além disso, no ano de 2016 foram registrados 155.861 óbitos por causas externas, dos quais, 42%, foram representados pelas faixas etárias de 20 a 39 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) representa a primeira estratégia de implementação da política nacional de atenção às urgências. Com esse serviço, o Governo Federal visa diminuir o número de óbitos, as sequelas causadas pela demora no atendimento e o tempo de internação hospitalar (MOURA et. al., 2017).

Os acidentes e violências têm determinado um importante impacto na saúde das populações de vários países do mundo. As taxas brasileiras são altas, ocupando o terceiro lugar para os homicídios e quinto lugar para os acidentes de trânsito. Dada essa magnitude, cada vez mais os serviços de saúde precisam alocar profissionais e equipamentos para o atendimento à essas vítimas que, muitas vezes, exigem o cuidado de uma série de especialistas, como neurocirurgiões e ortopedistas. Dessa forma, os custos em internações e atendimentos no país são muito altos, tornando-se um problema de saúde pública (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2006).

OBJETIVO

Caracterizar as vítimas de trauma atendidas pelo SAMU 192 no município de Patos de Minas.

MATERIAIS E MÉTODOS

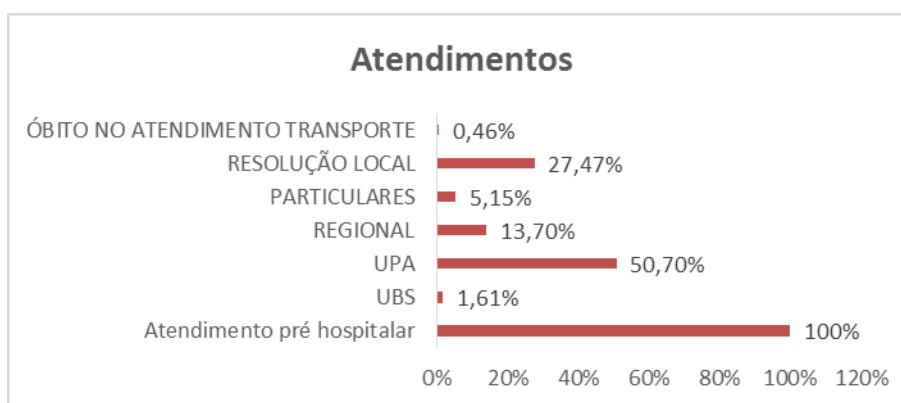
Trata-se de estudo descritivo e retrospectivo analisando 4188 registros na base de dados do SAMU no período de janeiro a junho de 2018. Foram consultados artigos e revistas científicas por meio das bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVMS).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente estudo constatou-se o predomínio da faixa etária das vítimas maior ou igual a 60 anos, totalizando 1.213 casos, e maior concentração no sexo feminino, diferindo da literatura, a qual encontrou uma maioria na população ativa de 13 a 49 anos e no sexo masculino (ALMEIDA et. al., 2016; IBIAPINO et. al., 2016, PRAÇA et. al., 2017) . As ocorrências distribuíram-se de forma homogênea durante os dias da semana, concentrando na quinta (14,93%), segunda (14,81%) e sábado

(14,59%), em sua maioria no período diurno. Na literatura a maior concentração foi nos fins de semana, 37,4%¹ e durante a noite (IBIAPINO et. al., 2016). Entre as ligações recebidas 88,3% resultaram na saída de ambulância, o restante se caracterizou como trote, o que prejudica futuros atendimentos. A respeito das unidades móveis empregadas, 89% eram de suporte básico e 11% avançado conforme os estudos (GONSAGA et. al., 2013). Durante o acolhimento pré-hospitalar foram encaminhados à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 50,7% dos casos e 27,5% foram resolvidos no local, porém ocorreram 19 óbitos no período estudado, mostrando o percentual de resolubilidade do atendimento (Gráfico 1). Em relação às causas de atendimento predominaram as clínicas (59,8%), seguida pelas externas (26,9%), e dentro destas, metade se refere à acidentes de trânsito, em 664 ocasiões, quedas (416) e violência urbana (71). Da mesma forma, a literatura demonstra as causas externas em segundo lugar, sendo acidentes de trânsito em maior concentração (ALMEIDA et. al., 2016; IBIAPINO et. al., 2016).

Gráfico 1 – Atendimentos SAMU 2018



Fonte: SAMU 2018.

CONCLUSÕES

Observa-se neste estudo a importância do SAMU 192 como um meio de acesso da população aos serviços de saúde. Visto que grande parte dos atendimentos se deu devido a causas clínicas e em faixa etária avançada, destaca-se então a necessidade de melhoria na prevenção, promoção e recuperação da saúde. Contudo, por apresentarem elevados índices de mortalidade e sequelas, as causas externas carecem de um eficiente serviço de urgência.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. M. V., et al., 2016. Análise dos atendimentos do SAMU 192: Componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. **Esc. Anna Nery** vol.20 n°2 Rio de Janeiro Apr./June 2016. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000200289>. Acesso em: de agosto de 2018.

IBIAPINO, M. K. et al., 2016. Serviço de atendimento móvel de urgência: epidemiologia do trauma no atendimento pré-hospitalar. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/viewFile/30805/pdf>>. Acesso em agosto de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DATASUS**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/extiomg.d>>. Acesso em agosto de 2018.

PRAÇA WR, MATOS MCB, FIORAVANTI RK, MAGRO MCS, HERMANN PRS. Perfil epidemiológico e clínico de vítimas de trauma em um hospital do Distrito Federal, Brasil. **Rev Pre Infec e Saúde** [Internet]. 2017;3(1):1-7. Disponível em: <<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/6219>>. Acesso em: agosto de 2018.

GONSAGA, Ricardo Alessandro Teixeira et al. Características dos atendimentos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no município de Catanduva, Estado de São Paulo, Brasil, 2006 a 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília**, v. 22, n. 2, p. 317-324, jun. 2013. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 22 set. 2018.

BASTITELA C. Análise da situação de saúde – principais problemas de saúde da população brasileira. In: Fonseca AF, Corbo AMDA, organizadoras. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz; 2007. p. 121-58. Disponível em <file:///C:/Users/Vitor/Downloads/Cap%C3%ADtulo_4.pdf>. Acesso em : agosto de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, S. d. (2013). **Boletim Epidemiológico** volume 44 número 8. Vigilância de violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_epidemiologico_numero_8_2013.pdf>. Acesso em: agosto de 2018.

MOURA, L. D., Formiga, L. M., Araújo, A. K., Santos, I. N., Pereira, F. G., & Feitosa, L. M. (2017). Descrição dos atendimentos do serviço pré-hospitalar. **Revista de Enfermagem da UFPI**. Disponível em: <<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/6307>>. Acesso em: agosto de 2018.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. (2006). O impacto dos acidentes e violências nos gastos da saúde. **Revista Saúde Pública**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n3/28.pdf>>. Acesso em: agosto de 2018.

TEMA: *Pediatria*

REDE SOCIAL DAS CRIANÇAS ACOMETIDAS PELA DIABETES MELLITUS TIPO I: percepção das crianças

Danty Ribeiro Nunes¹; Henrico Garchet Batistela¹; Dário Tavares Jacinto²; Vinícius Matheus Pereira Assunção³; Marilene Rivany Nunes⁴.

¹Acadêmico do 2º período do Curso de Medicina – Centro Universitário de Patos de Minas. UNIPAM

²Acadêmico do 8º do Curso de Medicina – UNIPAM

³Acadêmico do 4º período do Curso de Medicina – UNIPAM

⁴Doutora em Enfermagem em Saúde Pública – EERP-USP; Docente do Curso de Medicina- UNIPAM

E-mail para contato: dantynunes@yahoo.com

RESUMO

Introdução: O Diabetes Mellitus do tipo I (DM I) é uma doença complexa e de difícil controle na infância com repercussões físicas, emocionais e sociais na vida destes. **Objetivo:** Identificar a composição da rede social das crianças com DM I. **Metodologia:** Pesquisa descritiva e quantitativa. A amostra foi constituída por 10 criança, com DM I, cadastradas no Centro de Assistência Especializada (CEAE), no município de Patos de Minas, Minas Gerais, no ano de 2018. Adotou-se para coleta de dados o mapa de rede social e para análise os parâmetros de Sluzki. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do UNIPAM sob número do protocolo 2.517.583/ 2018. **Resultados e discussão:** Percebe-se que as redes sociais de 8 crianças são de tamanho grande, 1 média, 1 pequena. Notou-se a presença de membros da família, ênfase na mãe, amigos, profissionais do CEAE e ausência dos membros da escola, da Equipe de Saúde da Família e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família na rede social. **Conclusão:** Infere-se que as redes sociais das crianças com DM I apresentam-se de tamanho grande e que esses membros vêm oferecendo apoio as crianças ao ponto de serem lembradas pelas mesmas. Uma rede composta por profissionais de saúde, membros das famílias e amigos são capaz de oferecer cuidados para desenvolver um tratamento eficaz, com vista a promoção de saúde e bem-estar da criança.

PALAVRAS CHAVE: Apoio social. Diabetes mellitus tipo I. Promoção de Saúde. Rede social. Saúde da Criança.

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus do tipo I (DM I) é uma doença crônica complexa e de difícil controle na infância visto que estas vivenciam o processo de crescimento físico e emocional. Esta ocasiona repercussões físicas, emocionais e sociais, além de várias mudanças nas atividades diárias provocadas pelas manifestações clínicas da doença, efeitos adversos dos fármacos, administração da insulina, dieta, consultas e exames laboratoriais repetidamente. Em geral, a DM I implica em vulnerabilidades na vida das crianças e de sua família, assim, percebe-se que as mesmas necessitam de pessoas e instituições capaz de oferecer apoio para enfrentar as adversidades causadas pela DM I (SILVA et al., 2017). A rede social é formada por pessoas e ou instituições que oferecem apoio/auxílio/ajuda, frente as dificuldades e problemas enfrentados no cotidiano. Esta pode oferecer apoio como de companhia

social, apoio emocional, guia cognitivo e de conselhos, regulação e controle social, ajuda material e de serviços e acesso a novos contatos (SLUZK, 2010). Estudos realizados com crianças que convivem com a DM I afirmam que a rede social e o apoio social são efetivos para o enfrentamento da DM I e a qualidade de vida dessas (SILVA et al., 2017; OKIDO et al., 2017). Este estudo teve como objetivo identificar a composição da rede social das crianças acometidas pela DM I, acompanhados no Centro Estadual de Assistência Especializada (CEAE), no município de Patos de Minas – Minas Gerais (MG), no ano de 2018.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa. A amostra foi constituída por crianças de ambos sexos, na faixa etária de 7 até 12 anos, com diagnóstico de DM I, cadastradas no CEAE, na cidade de Patos de Minas- MG, no ano de 2018. Para a coleta de dados foi adotado a construção do Mapa de rede social para identificar a composição da rede social. A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista, durante uma visita domiciliar, em dia e horário de disponibilidade dos participantes. Os dados foram analisados pelos parâmetros de Sluzki (2010). Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos de Minas – CEP – UNIPAM sob número do protocolo 2.517.583/ 2018 em 28/02/2018.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi constituída por 10 crianças de ambo sexo, na faixa etária, de 7 até 12 anos, com diagnóstico de DM I, acompanhados no CEAE, em 2018. No Mapa 1 observa-se que a criança *Florzinha*, possui uma rede social pequena (1 a 7 pessoas) e no Mapa 2 da criança *Neymar*, uma rede média (8 a 10 pessoas).



Fonte: Mapa de rede social de Neymar, 10 anos.



Fonte: Mapa de rede social da criança Florzinha, 11 anos.

Sluzki (2010) assevera que a rede pequena é menos efetiva em doenças crônicas, visto que ocorre uma sobrecarga de cuidado a poucos membros e que a ausência de um membro pode representar uma perda significativa. Nunes et al. (2017) assevera que independentemente da quantidade de pessoas o que deve ser considerado é a percepção de poder contar com alguém. Já a rede de tamanho médio é considerada ideal, visto que os membros são capazes de distribuição do cuidado entre seus membros auxiliando de forma efetiva o enfrentamento das adversidades (NUNES et al. 2017). A maioria das crianças (8) citaram uma rede social grande (mais de 10 pessoas), o que indicia a possibilidade dessa rede não ser tão efetiva no cuidado, já que os membros podem ter a suposição de que alguém já esteja cuidando do problema e no fim nenhum atua diante das adversidades ou problemas, gerando um descompromisso (SLUZKI, 2010). No Mapa de rede social 3, de Natsu, percebe-se uma rede numerosa, o que pode inferir na dificuldade de saber quem realmente cuida e apoia este nos momentos de dificuldade.



Fonte: Mapa de rede social de Natsu, 12 anos.

Na composição da rede social dos 10 mapas percebeu-se a presença significativa da família, dos amigos, dos profissionais do CEAE, já a escola e a comunidade foram menos referenciadas. Esta análise favorece a visualização dos recursos existentes e das lacunas na rede. A presença da mãe reflete uma valorização por parte das crianças. Cruz et al. (2017) relatam que a mãe apesar de vivenciar sentimentos de medo e insegurança em relação ao cuidado da criança, são capazes de desenvolver um cuidado repleto de amor e de responsabilização. Os autores afirmam que estas mães necessitam de um apoio oriundo de uma equipe multiprofissional. Apesar de todas as crianças citarem a presença do médico e 2 crianças citarem a enfermeira do CEAE, nenhuma criança citou a presença dos profissionais de saúde da Equipe de Saúde da Família (ESF) e dos membros do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) o que é preocupante. Entende-se que estes deveriam estar próximas das crianças que apresentam situações complexas é necessitam de um cuidado integral. Percebe-se que essas crianças vivenciam situações de vulnerabilidades em relação a saúde e necessitam de ser amparadas tanto pelos profissionais do CEA, quanto pelos da ESF e o NASF. Okido et al. (2017) sugerem que os profissionais da saúde atuem no desenvolvimento de um cuidado centrado na pessoa, na abordagem família e na singularidade da criança. Assim, os profissionais devem elaborar o Projeto terapêutico singular, com vista a promover o cuidado integral proporcionando assistência adequada. Os autores citados acima afirmam a necessidade de uma maior capacitação dos profissionais de saúde no que tange ao modo de cuidar destas crianças.

CONCLUSÃO

Contudo infere-se que as redes sociais das crianças com DM I se apresentaram com tamanho grande e que esses membros da rede vêm oferecendo apoio as crianças ao ponto de serem lembradas pelas mesmas. É que uma rede composta por profissionais de saúde, membros das famílias, amigos são capaz de oferecer cuidados para desenvolver um tratamento eficaz, com vista a promoção de saúde e bem-estar da criança. Este artigo evidenciou que a rede social atua como fator de proteção capaz

de amenizar os impactos da DM I, na vida das crianças, contribuindo para o controle metabólico, manejo da doença e adesão ao tratamento da DM I.

REFERÊNCIAS

CRUZ, Déa Sílvia; Collet, Neusa; Costa de Andrade, Edineide Maria; Medeiros da Nóbrega, Vanessa; Lima da Nóbrega, Maria Miriam. Vivências de mães de crianças diabéticas. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, vol. 21, núm. 1, 2017, pp. 1-8.

OKIDO, Aline Cristiane Cavicchioli et al. As demandas de cuidado das crianças com

Diabetes Mellitus tipo 1. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, e20170034, 2017

SILVA, Maria Elizabete de Amorim Silva; Moura, Flávia Moura de; Albuquerque, Tarciane Marinho; Reichert, Altamira Pereira da Silva; Collet, Nuesa; Rede e apoio social na doença crônica infantil: compreendendo a percepção da criança. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**. 2017;26(1):1-10.

SLUZKI, Carlos Eduardo. Redes pessoais sociais e saúde: Implicações conceituais e clínicas de seu impacto recíproco. **Famílias, Sistemas e Saúde**, [s.l.], v. 28, n. 1, p.1-18, 2010.

MODALIDADE: Pôster

TEMA: Cirurgia

AVALIAÇÃO DA VIABILIDADE DE INDUZIR A OBESIDADE E DO SLEEVE GÁSTRICO EM RATOS *Wistar*

Leonardo Queiroz Parra¹; Marcela Monteiro Soares de Oliveira²; Rafael Oliveira Melquiades¹; Luísa Catão Alves Ribeiro de Castro¹; Gianne Palácio Teixeira Eller¹; Deborah Akemi Lusvarghi Katori¹; Dulcídio de Barros Moreira Júnior³.

¹Acadêmicos do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas;

²Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Atenas de Paracatu;

³Docente pelo Curso de Medicina do Centro Universitário Patos de Minas.

E-mail para contato: leonardoqparra@outlook.com

RESUMO

A obesidade deve ser entendida como um problema de saúde pública. Trata-se de uma doença com caráter multifatorial e com ascensão em sua magnitude epidemiológica, que ganha mais espaço por estar associada a um vasto perfil de morbimortalidade, no qual inclui afecções como hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* do tipo 2, doença renal, osteoartrose, hiperlipidemia, desajustes psicossociais e neoplasias. Com o aumento na prevalência da obesidade, as cirurgias bariátricas são cada vez mais executadas, dentre elas a gastrectomia vertical ou *sleeve* gástrico. O presente estudo, seguindo o padrão de modelo experimental, sob a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, protocolo 06/16, teve como intuito analisar horizontalmente o padrão de ingesta alimentar através da dieta cafeteria e a perda de peso em longo prazo em ratos da linhagem *Wistar*, submetidos à gastrectomia vertical. A partir dos resultados, foi possível observar que a dieta cafeteria, é o modelo ideal e necessário para induzir a obesidade e modificar os padrões bioquímicos, metabólicos e histológicos dos animais. Dados obtidos após 90 dias da ingesta com a dieta cafeteria mostram que houve acréscimo de 106,35% do peso corporal na média dos animais. A técnica cirúrgica em questão é passível de ser realizada em ratos, apesar de estar associada ao acometimento de complicações precoces e tardias.

PALAVRAS-CHAVE: Cirurgia Bariátrica. Gastrectomia. Obesidade.

INTRODUÇÃO

Definida como doença causada pelo acúmulo adiposo intra-abdominal e ganho de peso, a obesidade possui origem complexa e multifatorial, resultando da interação de genes, ambiente, estilos de vida e fatores emocionais. Impõe grande preocupação médica, devido ao risco aumentado de mortalidade e de comorbidades associadas, tais como a diabetes *mellitus* tipo II, doenças

cardiovasculares, hipertensão arterial sistêmica, doença hepática gordurosa não alcoólica, apneia obstrutiva do sono, doença renal, osteoartrose, hiperlipidemia, colelitíase, desajustes psicossociais e neoplasias (ROCHA *et al.*, 2011; BRANCO-FILHO *et al.*, 2011; RIBEIRO *et al.*, 2008; HOJO *et al.*, 2007).

Trata-se de uma condição cada vez mais comum, cuja prevalência já atinge proporções epidêmicas. Entre os anos de 1980 a 2008, mais que dobrou o número de obesos. Em 2015 mais de 700 milhões de indivíduos possuem essa enfermidade no mundo, sendo que o Brasil ocupa o 77º lugar, os Estados Unidos, o quinto, e a Argentina é no ranking o país da América Latina com o maior número de indivíduos obesos, ocupando a oitava colocação (WHO, 2016; MELO, 2011b).

Os critérios para indicação de tratamento cirúrgico para obesidade foram definidos pelo Painel da Conferência do Desenvolvimento de Consenso do Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos em 1991, a operação é indicada nos casos de falha do tratamento clínico por mais de dois anos consecutivos ou para pacientes com um IMC acima de 40 kg/m² ou um IMC entre 35 e 39,9 kg/m² com comorbidades associadas. Sendo que recentemente o rol dessas complicações foi ampliado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM, 2016) no Brasil conforme a Resolução n.º 2131/15, onde foram acrescentadas vinte e uma doenças indicativas de cirurgia bariátrica. Dentre elas, depressão, acidente vascular encefálico (AVE), disfunção erétil, hérnias discais, asma grave não controlada, entre outras doenças como diabetes mellitus, hipertensão e dislipidemias que estão relacionadas na norma, que altera o anexo da Resolução CFM n.º 1.942, de 2010 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2016; STUMPF *et al.*, 2015).

Tabela 1 - Relação entre o IMC e o risco de doenças

	Classificação da Obesidade	IMC (Kg/m²)	Risco de Doença
Baixo Peso	-	< 18,5	Aumentado
Peso Normal	-	18,5 a 24,9	Normal
Sobrepeso	-	25 a 29,9	Aumentado
Obesidade Grau I	I	30 a 34,9	Aumentado
Obesidade Grau II	II	35 a 39,9	Alto
Obesidade Mórbida	III	≥ 40	Muito Alto

Fonte: NIH, 1998.

Werlinget *et al.* (2013) fizeram uma comparação entre duas técnicas cirúrgicas, o *bypass* e a gastrectomia vertical realizadas por videolaparoscopia em um grupo de mais de 80 obesos com dados de peso e composição corporal. A perda de peso com o *bypass* foi maior em termos de IMC,

embora o *sleeve* gástrico mostrasse uma maior perda massa gorda e menor avaria de massa muscular magra (HOLLENBEAK *et al.*, 2008).

Stumpf *et al.* (2015) realizaram através de revisão sistemática estudos sobre os aspectos qualitativos da tolerância alimentar em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. No total 2745 pacientes foram entrevistados, sendo que 371 foram submetidos à bandagem gástrica, 1006 à gastrectomia vertical, 1113 ao *bypass* gástrico em Y-de-Roux, 14 à derivação biliopancreática associada ao duodenal switch, 83 eram obesos não operados, e 158 pacientes não obesos. Os resultados respaldaram no fato de que a derivação biliopancreática com duodenal switch apresentou a melhor tolerância alimentar no pós-operatório quando comparada às demais técnicas. Quanto maior o tempo de pós-operatório, melhor foi a tolerância alimentar. Comparando a gastrectomia vertical e o *bypass* gástrico em Y-de-Roux, ainda há resultados controversos na literatura. A banda gástrica ajustável apresentou o pior escore de tolerância alimentar dentre todas as técnicas avaliadas.

O objetivo desta pesquisa foi induzir obesidade e posteriormente, verificar a viabilidade da gastrectomia vertical (*sleeve* gástrico) no tratamento da obesidade em ratos wistar.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

O presente projeto teve como intuito analisar horizontalmente o padrão de ingesta alimentar e a perda de peso em longo prazo em ratos da linhagem Wistar, submetidos à gastrectomia vertical ou *Sleeve* gástrico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar a média de perda de peso nos doze meses posteriores ao procedimento;
- Correlacionar a perda de peso com o padrão de ingestão alimentar;
- Mensurar as dimensões anatômicas do estômago no pré cirúrgico e no pós cirúrgico;
- Comparar a perda de peso e o padrão de ingesta alimentar relacionado ao sexo do animal;
- Quantificar o volume diário de ingesta anual após a cirurgia.

MATERIAIS E MÉTODOS

ANIMAIS

Após a aprovação pela Comissão de Ética do Centro Universitário de Patos de Minas, MG, Brasil, foram utilizados 24 ratos (*Rattus norvegicus*) da linhagem Wistar, de ambos os sexos, geneticamente

indefinidos, com idade entre 180 e 210 dias e peso variando entre 250 e 320 gramas. Estes, procedentes do Biotério do Centro Multidisciplinar para Investigação Biológica na Área de Ciências em Animais de Laboratório da Unicamp.

Os animais ficaram mantidos em foto período de ciclos claro/escuro de 12 horas (claro das 06h00min às 18h00min; escuro das 18h00min às 06h00min) e temperatura controlada a 21°C no Biotério do Centro Universitário de Patos de Minas - UNIPAM, localizado em Patos de Minas, MG. Serão alojados em caixas de polipropileno adequadas para a espécie (de dimensões 50x60x22cm), devidamente identificados. Receberam ração padrão para a espécie e água *ad libitum*.

Todos os procedimentos com os animais foram realizados de acordo com o Guia para o Cuidado e Uso de Animais de Laboratório do National Institutes of Health (NIH).

GRUPOS

Os animais foram divididos em dois grupos: G1- Grupo Experimental: composto por 14 animais os quais serão submetidos ao procedimento cirúrgico e G2 – Grupo Controle: constituído por 10 animais os quais não haverá intervenção cirúrgica. Distribuídos igualmente em machos e fêmeas.

DIETA

Ofertado para ambos os grupos ração *ad libitum* padrão do biotério (Ração Presence ratos e camundongos, Evialis do Brasil Nutrição Animal Ltda, Paulínia, SP) de formato cilíndrico (diâmetro entre 13mm e 15mm) composta por umidade 13,0%; proteína bruta 23,0%; extrato estéreo 4,0%, matéria fibrosa 5,0%; matéria mineral 10,0%; cálcio 1,3%; fósforo 0,85%. Acrescentada 40 gramas da dieta cafeteria (composta por salsicha, mortadela, bolacha recheada, pão francês e bacon) ao dia por animal, por um período de 90 dias até atingirem a obesidade, conforme o Índice de Lee (BERNARDIS *et al.*, 1968).

PROTOCOLO ANESTÉSICO

A indução anestésica foi feita por meio de Ketamina + Xilazina nas doses de 80 e 10 mg/kg respectivamente, por via intramuscular profunda.

Utilizado o agente inalatório Isofurano para a manutenção anestésica, na concentração de 1 a 3%, com o uso de máscara.

Durante a recuperação pós-anestésica, os animais ficaram mantidos em ambientes sem ruídos e sob temperatura próxima à da espécie.

PRÉ-CIRÚRGICO

Os animais do grupo experimental foram submetidos a dieta líquida (composta por: água, suco e sopa) 12 horas antes do procedimento, jejum de sólidos de oito horas e de líquido de seis horas.

Imediatamente antes do ato cirúrgico serão administrados kefazol e fentanila nas doses de 30 e 0,3 mg/kg respectivamente, por via intramuscular.

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Após sedado e devidamente posicionado, realizada a antissepsia do animal com iodo polivinil pirrolidona (PVPI), seguido da colocação dos campos cirúrgicos em dois planos.

Após o preparo do animal, foi realizado a laparotomia mediana supra umbilical com bisturi elétrico (Emai Trasmai Bp 150, Equipamentos Médicos Hospitalares Ltda, São Paulo, Sp). Incididos seguintes planos: pele, subcutâneo, linha alba, peritônio. Seguido da abertura da cavidade abdominal o estômago será localizado e exteriorizado com auxílio de gaze estéril. Posteriormente artérias e veias gastro-ometais direita e esquerda serão ligadas com fio cat gut cromado 4-0 e seccionadas.

Ato contínuo executado a técnica de *sleeve* gástrico, com redução de aproximadamente 70 a 80% do porte gástrico total. Inicialmente a curvatura maior do estômago será clampada com pinça hemostática Halstead curva. Em seguida, a incisão cirúrgica dar-se-á com uso do bisturi elétrico da junção esofagogastrica até aproximadamente 0,3 a 0,6 cm do antro pilórico, a fim de formar uma nova configuração para o canal alimentar, criando um conduto de formato tubular ao longo da curvatura menor. A gastrorrafia será realizada em plano único, seromuscular, com chuleio simples utilizando fio poligalactina 910, 5-0. (BRANCO-FILHO *et al.*, 2011; SHABBIR; TEH, 2014).

Finalizado a gastrectomia, a parede abdominal foi aproximada pela união dos planos anatômicos. A sutura da aponeurose da musculatura abdominal foi realizada com chuleio simples, com fio poligalactina 910 agulhado, 4-0. A sutura de pele executada por planos, total chuleio festonado, segundo ponto simples, seromuscular utilizando fio náilon monofilamentoso 4-0.

PÓS-CIRÚRGICO

Posteriormente ao procedimento cirúrgico, os animais foram colocados separadamente em caixas de polipropileno, para a recuperação anestésica e cirúrgica. As gaiolas deverão ser expostas a pouca luz, evitando-se a manipulação e o estresse do animal. A temperatura do ambiente variara entre 20 e 25°C, para prevenir a hipotermia.

Ministrada exclusivamente dieta hídrica nas primeiras 24 horas. Nos três dias consecutivos foi administrada dieta líquida acima descrita. Ao término do 4º dia do procedimento ofertada a dieta hipercalórica utilizada antes do ato cirúrgico.

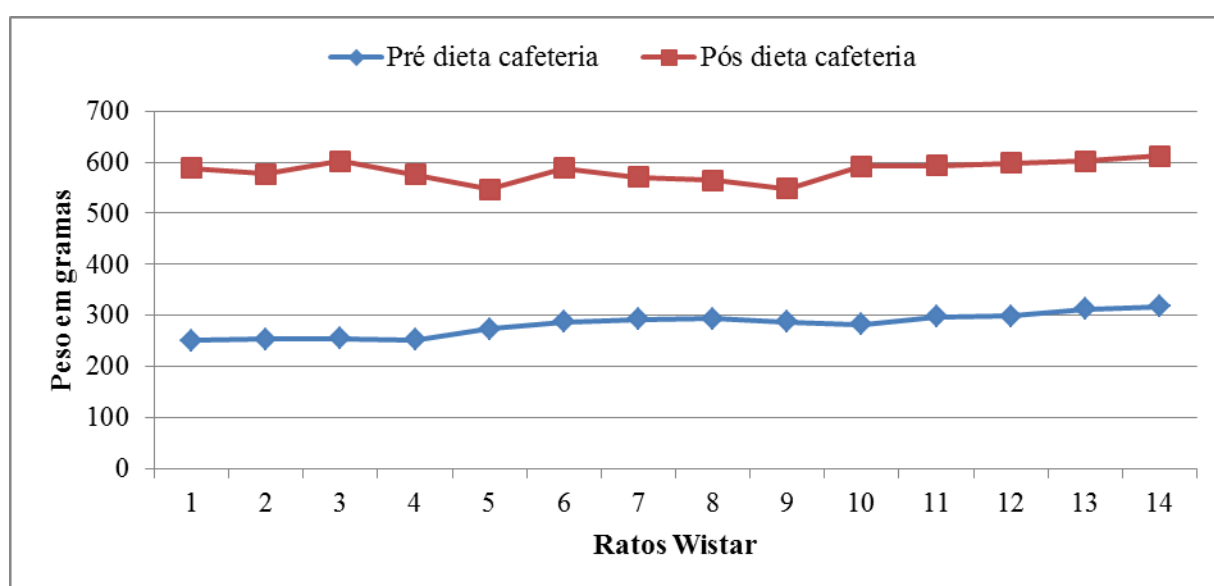
Administrado kefazol e fentanila nas doses de 30 e 0,3 mg/kg, por via intramuscular a cada quatro horas por cinco dias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo cursa em duas etapas, a primeira e mais precoce é a observação sobre a indução de obesidade e da viabilidade de execução técnica da gastrectomia vertical (*sleeve gástrico*) para tratamento da obesidade. A segunda etapa, denominada tardia, visa avaliar dados após doze meses de procedimento cirúrgico, determinar a média de perda de peso; correlacionar à perda de peso com o padrão de ingestão alimentar; mensurar as dimensões anatômicas do estômago no pré cirúrgico e após um ano; comparar a perda de peso e o padrão de ingesta alimentar relacionado ao sexo do animal e quantificar o volume diário de ingesta anual pós cirúrgico.

Referente à indução da obesidade, a introdução da dieta cafeteria, além de demonstrar alteração do peso corporal, determina alterações microscópicas e macroscópicas nas vísceras abdominais; modificação na produção dos hormônios gastrointestinais; distúrbios metabólicos e bioquímicos (PRADA *et al.*, 2005). Os modelos experimentais de resistência insulínica e obesidade são muito úteis na avaliação de aspectos fisiopatogênicos, fisiopatológicos e terapêuticos da síndrome metabólica (CESARETTI & JUNIOR, 2006). Portanto, o modelo da obesidade, induzida pela dieta cafeteria, é considerado o modelo ideal e necessário para analisar padrões bioquímicos, metabólicos e histológicos que ocorrem nas cirurgias bariátricas. Dados obtidos após 90 dias da ingesta com a dieta cafeteria mostram que houve acréscimo de 106,35% do peso corporal na média dos animais em ambos os grupos (Fig. 1)

Figura 1 - Relação entre o peso corporal de Ratos Wistar pré dieta e pós dieta cafeteria.



Fonte: Dados da pesquisa, 2017

Referente à segunda parte da etapa precoce não se obteve êxito na execução cirúrgica ao Grupo Experimental, em dois animais, o que representa aproximadamente 14% (2/14). Ao relacionar com as complicações do pós operatório, aproximadamente 28% (4/14) apresentaram complicações precoces como a Síndrome da Angústia Respiratória, perfuração do diafragma e broncoaspiração, evidenciou-se também a sepse como a principal complicação tardia. No estudo de Silva *et al.* (2017), a taxa de complicações pós operatórias precoces foi de 11.1%, Bobowicz *et al.* (2011) descreveram 17.71% de complicações imediatas e 9.57% de tardias após a gastrectomia vertical. Um estudo multicêntrico realizado na Finlândia publicado por Helmiö *et al.* (2012) relatou uma taxa de complicações precoces de 13.23%, que atribui à curva de aprendizagem dos cirurgiões e de Instituições pouco familiarizados com a cirurgia da obesidade.

Além disso, o surgimento de fístula pós operatório representa uma grave complicação que podem ocorrer pós cirúrgico. O aumento da pressão intraluminal causado por estenose distal, a tensão excessiva na linha de sutura, a isquemia tecidual e o hematoma são fatores predisponentes para o surgimento da mesma (PERISSÉ *et al.*, 2015). No presente estudo foi possível associar que o chuleio simples não se demonstrou suficiente no controle da pressão intragástrica pós gastrectomia vertical, uma das dificuldades em realizar o procedimento foi que sua técnica cirúrgica original, descrita em diversos estudos, utiliza-se do método de rafia por grampeador cirúrgico, demonstrando melhores resultados no *sleeve* gástrico.

Nos estudos desenvolvidos por Filho (2007), o autor relata a dificuldade de sobrevivência dos ratos Wistar após a gastrectomia vertical, sendo que dos nove animais do seu último estudo, apenas um não evoluiu para óbito e entre as intercorrências mais comuns pode-se citar a sepse, as deiscências quando praticada sutura sem invaginação, desidratação e má nutrição pós-cirúrgica.

CONCLUSÕES

A gastrectomia vertical ou *sleeve* gástrico é um procedimento passível de execução em ratos. A falta de aparatos cirúrgicos específicos (grampeador cirúrgico), devido ao alto custo, dificultou a execução do original *sleeve* gástrico, impossibilitando a obtenção de melhores resultados.

Houve grande dificuldade na execução deste trabalho devido à multiplicidade de protocolos apresentados na literatura e também na ausência de informações detalhadas da execução correta na indução de obesidade descrita pelos autores consultados. Protocolos com melhores descrições, detalhando as causas específicas dos insucessos na indução da obesidade (mortes e complicações) e também na ausência de respostas dos animais a esta substância são necessárias para propiciar a melhor reprodução desta técnica.

Para além dos dados obtidos em sua fase precoce, há uma necessidade de avaliação ao decorrer dos próximos doze meses pós procedimento cirúrgico, visando estabelecer em sua segunda fase, dados pertinentes para a conclusão sobre o sucesso terapêutico e a perda de peso ao se realizar um sleeve gástrico.

REFERÊNCIAS

AMERICAN SOCIETY FOR METABOLIC AND BARIATRIC SURGERY - ASMBS. Março 2013. Disponível em: <<https://asmbs.org/resources/clinical-practice-guidelines-for-the-perioperative-nutritional-metabolic-and-nonsurgical-support-of-the-bariatric-surgery-patient>>. Data da consulta: 22 de Janeiro de 2016.

BERNARDIS, L.; PATTERSON, B.D. Correlation between 'Lee index' and carcass fat content in weanling and adult female rats with hypothalamic lesions. **Journal of Endocrinology**. v.40, n.4, p.527-528, Abril 1968.

BOBOWICK, M.; LEHMANN, A.; ORLOWSKI, M.; LECH, P.; MICHALIK, M. Preliminary outcomes 1 year after laparoscopic sleeve gastrectomy based on Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS). **Obes Surg**. 2011;21(12):1843-8.

BRANCO-FILHO, Alcides José; NASSIF, Luis Sérgio; MENACHO, Aline Moraes; AURICHIO, Ricardo Augusto Eineck; SIQUEIRA, Daniel Emílio Dalledone; FERNANDEZ, Robson Matsuda. Tratamento da obesidade mórbida com gastrectomia vertical. **Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva - ABCD**. São Paulo, v.24, p.52-54, 2011.

BUCHWALD, H.; OIEN, D. M. Metabolic/bariatric surgery worldwide 2011. **Obesity Surgery**. v.23, p.427-436, Abril 2013.

BUCHWALD, H.; AVIDOR, I; BRAUNWALD, E.; JENSEN, M.; PORIES, W.; FAHRBACH, K. SCHOELLES, K. Bariatric surgery: a systematic review and metanalysis. **Journal of the American Medical Association**. v.292, p.1724-1728, 2004.

CESARETTI, M.L.; KOHLMANN JUNIOR, O. Experimental models of insulin resistance and obesity: lessons learned. **Arq Bras Endocrinol Metabol**. Vol. 50, n.2, p. 190-7, 2006.

CHOUILLARD, E. K.; KARAA, A.; ELKHOURY, M.; GRECO, V. J. Laparoscopic Rouxen-Y gastric bypass versus laparoscopic sleeve gastrectomy for morbid obesity: case-control study. **Surgery for Obesity and Related Diseases**. v.7, p.500-505, Jul./Ag. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. CFM detalha lista de comorbidades que podem levar a indicação de cirurgia bariátrica. Janeiro 2016. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25939>. Data da consulta: 22 de Janeiro de 2016.

CORDÁS, Táki A.; FILHO, Arnaldo P. Lopes; SEGAL, Adriano. Transtorno alimentar e cirurgia bariátrica: relato de caso. **Arquivo Brasileiro Endocrinologia & Metabologia**. São Paulo, v.48, n.4, p.564-571, Agosto 2004.

FILHO, João de Bona Castelan. Modelo de gastrectomia vertical em ratos wistar. Tese de dissertação. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade do Extremo Sul Catarinense, 2007.

HALPERN, Z. S. C.; RODRIGUES, M. B.; COSTA, R. F. Determinantes fisiológicos do controle do peso e apetite. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v.31, p.150-153, 2004.

HIMPENS, Jacques; DOBBELEIR, Julie; PEETERS, Geert. Long-term results of laparoscopic sleeve gastrectomy for obesity. **Annals of Surgery**. v.252, p.319-324, Agosto 2010.

HOJO, Vivian Eiko Souza; MELO, Joyce Mares; NOBRE, Luciana Neri. Alterações hormonais após cirurgia bariátrica. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**. São Paulo, v.22, p.77-82, 2007.

HOLLENBEAK, Christopher S.; ROGERS, Ann M.; BARRUS, Bryan; WADIWALA, Irfan; COONEY, Robert N. Surgical volume impacts bariatric surgery mortality: a case for centers of excellence. **Surgery**. v.144, p.736-743, Novembro 2008.

MELO, Maria Edna de. Doenças desencadeadas ou agravadas pela obesidade. **Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica - ABESO**. 2011. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/3/5521afaf13cb9.pdf>>. Data da consulta: 22 de Janeiro de 2016.

MELO, Maria Edna de. Os números da obesidade no Brasil: VIGITEL 2009 e POF 2008-2009. **Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica - ABESO**. 2011b. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/17/552fe9fd73248.pdf>>. Data da consulta: 22 de Janeiro de 2016.

OLIVEIRA, Flávia Ribeiro de; LEMOS, Cláudia Navarro Carvalho Duarte. Obesidade e reprodução. **Revista Feminina - Febrasgo**. São Paulo, v.38, n.5, Maio 2010.

PERISSÉ, Luís Gustavo; PERISSÉ, Paulo Cezar Marques; JUNIOR, Celso Bernardo. Tratamento endoscópico das fístulas após gastrectomia vertical e bypass gástrico em Y de Roux. **Rev. Col. Bras. Cir.** Vol. 42, n. 3, p. 159-164, 2015.

PRADA, P.O. et al. Western diet modulates insulin signaling, c-Jun N-terminal kinase activity, and insulin receptor substrate-1ser307 phosphorylation in a tissue-specific fashion. **Endocrinology**. Vol. 146, n.3, p. 1576-87, 2005.

RIBEIRO, Juliana Neri; SOUZA, Raquel de Nazaré Nunes e; LOTTERMANN, Karla Siqueira; GALIGALI, Marcela Torrezan. Interferência do grau de obesidade no sucesso da cirurgia Bariátrica. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**. São Paulo v.2, n.9, p.288-295, Maio/Jun. 2008.

ROCHA, Quelen de Sousa; MENDONÇA, Simone Sotero; FORTES, Renata Costa. Perda ponderal após gastroplastia em Y de Roux e importância do acompanhamento nutricional - uma revisão de literatura. **Comunicação em Ciências da Saúde**. Brasília v.22, p.61-70, 2011.

SHABBIR, Asim; TEH, Jun Liang. A new emerging procedure - sleeve gastrectomy. In: Essentials and controversies in bariatric surgery. Outubro, 2014. Disponível em: <<http://www.intechopen.com/books/essentials-and-controversies-in-bariatric-surgery/a-new-emerging-procedure-sleeve-gastrectomy>>. Data da consulta: 22 de Janeiro de 2016.

SILVA, Renata Florentino; KELLY, Emily de Oliveira. Reganho de peso após o segundo ano do Bypass gástrico em Y em Roux. **Comunicação em Ciências da Saúde**. Distrito Federal, v.24, p.341-350, 2013.

SILVA, Soraia; MILHEIRO, Antônio; FERREIRA, Luís; ROSETE, Manuel; CAMPOS, José Carlos; ALMEIDA, João; SÉRGIO, Mário; TRALHÃO, José-Gulherme; SOUSA, Francisco Castro e. Gastrectomia Vertical Calibrada no tratamento da obesidade mórbida. Resultados a longo prazo, comorbilidades e qualidade de vida. **Rev. Port. Cir.** N. 40, Março 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA. 2016. Disponível em: <<http://www.sbc.org.br/wordpress/>>. Data da consulta: 22 de Janeiro de 2016.

THOMAS, D. E.; ELLIOT, E.J.; NAUGHTON, G. A. Exercise for type 2 diabetes mellitus. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. v.19, Julho 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP. Lacrar o estômago para não morrer pela boca. 2016. Disponível em: <<http://dgi.unifesp.br/sites/comunicacao/index.php?c=Noticia&m=ler&cod=4696dfff>>. Data da consulta: 22 de Janeiro de 2015.

WERLING, M.; FANDRISKS, L.; BJORKLUND, P.; MALECKAS, A.; BRANDBERG, J.; LÖNROTH, H.; LE ROUX, C.W.; OLBERS, T. Long-term results of a randomized clinical trial comparing Roux-en-Y gastric bypass with vertical banded gastroplasty. **British Journal of Surgery**.v.100, p.222-230, 2013.

WHO. World Health Organization. Global database on Body Mass Index. BMI classification. Disponível em: <www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. Acesso em: 22 de Janeiro de 2016.

TEMA: Clínica Médica

ACHADOS RADIOLÓGICOS DA DEISCÊNCIA DOS CANAIS SEMICIRCULARES ASSOCIADO AO ZUMBIDO

Julia Tolentino Melo Morais¹; Fernanda Paiva Carneiro¹; Henrique Sávio de Freitas Soares ¹; Ana Flávia Bereta Coelho Guimarães².

¹Acadêmicos do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas;

²Docente pelo curso de Medicina;

E-mail para contato: juliatolentino@unipam.edu.br

RESUMO

Introdução: O zumbido é uma percepção sonora não relacionada diretamente a uma fonte externa de estimulação. Na etiopatogenia pode estar relacionado a traumas, substâncias ototóxicas, distúrbios metabólicos, infecções ou deiscência dos canais semicirculares (DCS). A DCS é caracterizada pelo desgaste da camada óssea que recobre o canal semicircular. O diagnóstico é feito pela análise clínica e pelo método de imagem (Tomografia e Ressonância Magnética). **Objetivos:** Revisão bibliográfica sobre a deiscência dos canais semicirculares e seu diagnóstico de imagem, relacionado à presença de zumbido. **Metodologia:** Revisão de literatura na Ebsco, Lilacs, Scielo, Google Acadêmico e livros desde 2000, foram escolhidos 20 artigos. **Discussão:** O zumbido é um distúrbio complexo que envolve diferentes vias auditivas ao córtex e áreas cerebrais não relacionadas diretamente com a audição. Existem diversas teorias fisiopatológicas, entre elas estão a disfunção das células ciliadas. Na DCS, o zumbido relaciona com a exposição anormal do labirinto membranoso vestibular ao espaço intracraniano. Os métodos de diagnóstico imaginológicos, são a TC e a ressonância magnética (RM). Como na RM os sinais emitidos pelas estruturas são similares e na TC o contraste entre elas é maior, adota-se a TC como padrão ouro. Nos achados radiológicos, são observadas descontinuidades da margem óssea entre o canal semicircular superior e o líquido da fossa média. **Conclusões:** Portanto, o zumbido está relacionado à deiscência óssea dos canais semicirculares, porém não é um sinal patognomônico dessa patologia. Na vigência de zumbido, é necessário prosseguir a investigação por imagem, para o melhor diagnóstico.

PALAVRAS-CHAVE: Canais Semicirculares.Diagnóstico.Tomografia.Zumbido.

INTRODUÇÃO

O zumbido, também chamado de acúfeno ou tinnitus, é conceituado como uma percepção sonora não relacionada diretamente a uma fonte externa de estimulação. No Brasil, aproximadamente seis milhões de pessoas são afetadas pelo zumbido, já a nível mundial são acometidas 10 a 20% da população, sendo que sua prevalência aumenta com a idade. (ELGOYHEN et al., 2015).

Na etiopatogenia pode estar relacionado a traumas, substâncias ototóxicas, distúrbios metabólicos, infecções ou deiscência dos canais semicirculares, que será o enfoque desse trabalho.

Segundo De Gogoy et al.(2017) a deiscência do canal semicircular (DCS) é caracterizada pelo desgaste da camada óssea que recobre o canal semicircular superior ou posterior. Seu diagnóstico

só é possível através da combinação da análise clínica e do método de imagem, o qual tem como padrão ouro a tomografia computadorizada (TC), em que é observado a continuidade do canal semicircular afetado até o espaço intracranial.

OBJETIVO

Revisão bibliográfica sobre a deiscência dos canais semicirculares e seu diagnóstico de imagem, relacionado à presença de zumbido.

MATERIAIS E MÉTODOS

Revisão de literatura nas bases de dados Ebsco, Lilacs, Scielo, Google Acadêmico e livros desde 2000, foram escolhidos 20 artigos e 4 livros. Os descritores utilizados foram “zumbido”, “tinnitus”, “deiscência dos canais semicirculares” e “deiscência dos canais semicirculares com diagnóstico de imagem”.

DISCUSSÃO

O zumbido era considerado uma patologia coclear e agora é uma patologia ou um distúrbio complexo que envolve a plasticidade de diferentes vias auditivas ao córtex e também outras áreas cerebrais não relacionadas diretamente com a audição. (ELGOYHEN et al., 2015).

Embora haja muitas classificações para o zumbido, uma das mais aceitas é a que o divide em subjetivo e objetivo, sendo que o primeiro, que reflete a maioria dos casos da prática diária, somente o próprio paciente percebe a sensação auditiva espontânea do zumbido. Já o segundo, é raro e é caracterizado pelo fato de o examinador também conseguir perceber o zumbido do paciente. Além dessa, outra classificação muito utilizada é a que divide o zumbido em pulsátil, quando seu ritmo é sincrônico com os batimentos cardíacos ou em não pulsátil, sendo esta última possibilidade a mais frequente. (SANCHEZ et al., 2001).

Dentre os fatores relacionados com o surgimento desse sintoma, estão a nicotina, cafeína – que são estimulantes e causadores de constrição dos vasos sanguíneos – e a hipoacusia. (STEINMETZ, 2009).

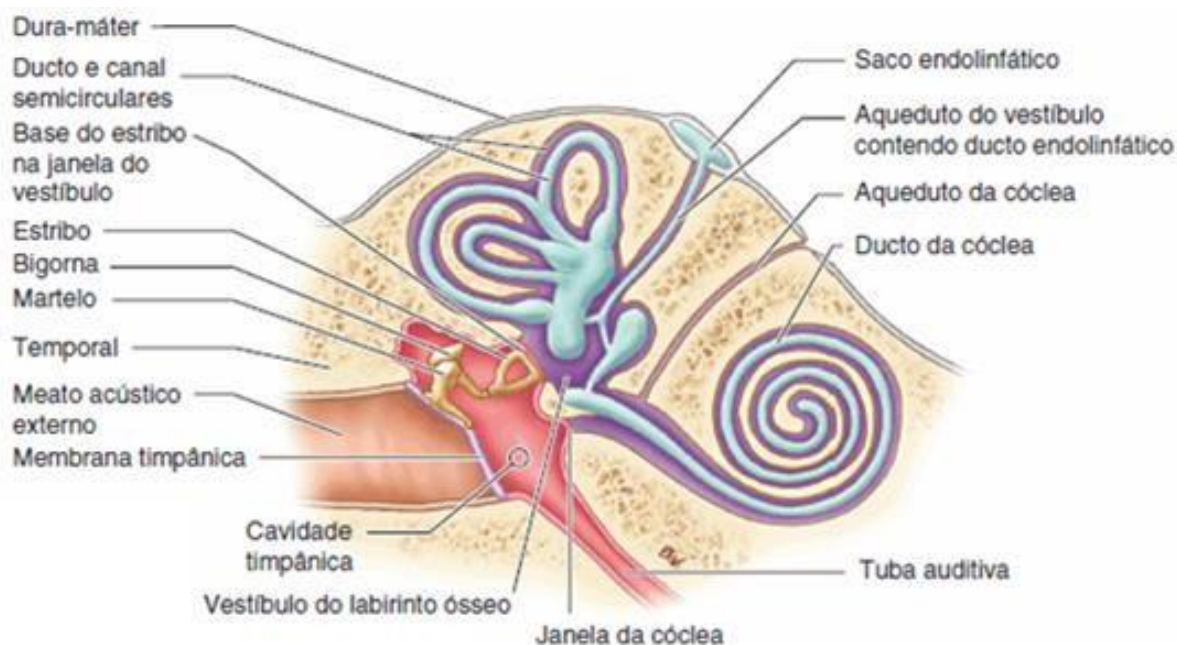
Há algumas teorias que estão envolvidas no mecanismo fisiopatológico do zumbido, dentre elas estão a disfunção ou desproporção das células ciliadas internas e externas, o envolvimento do cálcio, a atividade espontânea aumentada ou as descargas neurais coincidentes. (ELGOYHEN et al., 2015).

No caso da deiscência do canal semicircular, Minor et al. (1998) explica que o surgimento do

zumbido está relacionado com a exposição anormal do labirinto membranoso vestibular na fossa média craniana. Essa deiscência óssea resulta em uma terceira janela, permitindo a transmissão da pressão na orelha média e, devido a essa falha óssea, para região intracraniana, provocando assim mudanças na endolinfa. (GEBRIM; CHAMMAS; GOMES, 2010).

Entretanto, o zumbido pode não estar presente em todos os casos de DCS, fato demonstrado pelo estudo realizado por De Godoy et.al (2017), no qual foram analisados dois pacientes e apenas um deles apresentava o zumbido associado a deiscência. Assim, a fisiopatologia que explicaria o motivo da associação desse sintoma em apenas algumas pessoas portadoras dessa falha anatômica permanece desconhecida. As alterações nesse canal também podem originar outros sintomas, além do zumbido, como vertigem, hipoacusia, movimentos oculares e nistagmo. (DE GODOY et al., 2017). A etiopatogenia dessa alteração anatômica não é totalmente conhecida, todavia existe a hipótese que essa mudança aconteceria ao longo do processo de desenvolvimento da camada óssea que recobre o canal semicircular (Figura 1). Assim futuramente, essa camada anormalmente delgada pode ser rompida pelo aumento brusco da pressão intracraniana ou pelo traumatismo craniano, completando o processo de deiscência. (DE LIMA, 2006).

Figura 1 - Corte oblíquo da parte petrosa do osso temporal, demonstrando estrutura anatômica dos canais semicirculares.



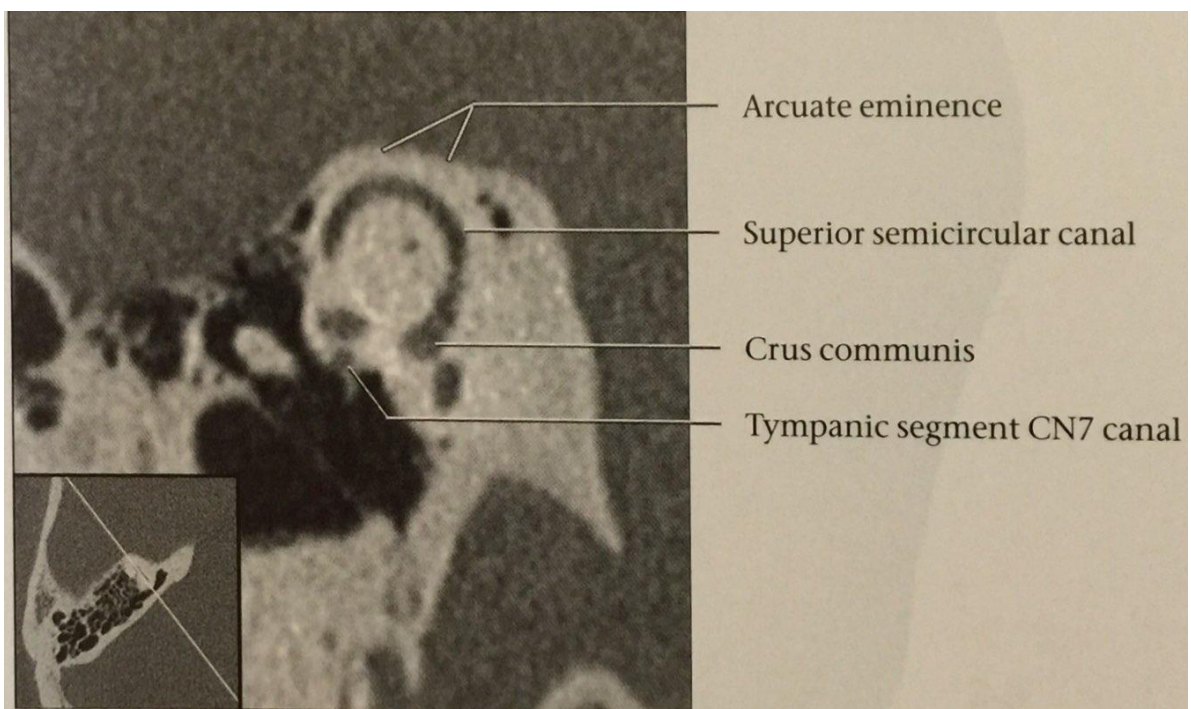
Fonte: MOORE et al., 2014

Para o diagnóstico podem ser feitos dois exames de imagem, sendo eles a tomografia e a ressonância magnética (RM). Na RM, é utilizado principalmente imagens com ponderação T2 com sensibilidade de 96% e especificidade de 98%, comparado com a TC. (KROMBACH et al., 2004).

Devido ao espaço subaracnóideo emitir um sinal alto similar ao do fluido dos canais semicirculares, a conectividade entre eles será difícil de ser identificada. Como o contraste entre essas estruturas na TC é maior, esses efeitos são identificados com maior facilidade e, por isso, esse é o método de imagem escolhido como padrão ouro (Figura 2). (KROMBACH et al., 2004). Além disso, a TC tem sensibilidade de 100% e especificidade de 99%. (STIMMER et al.,2012).

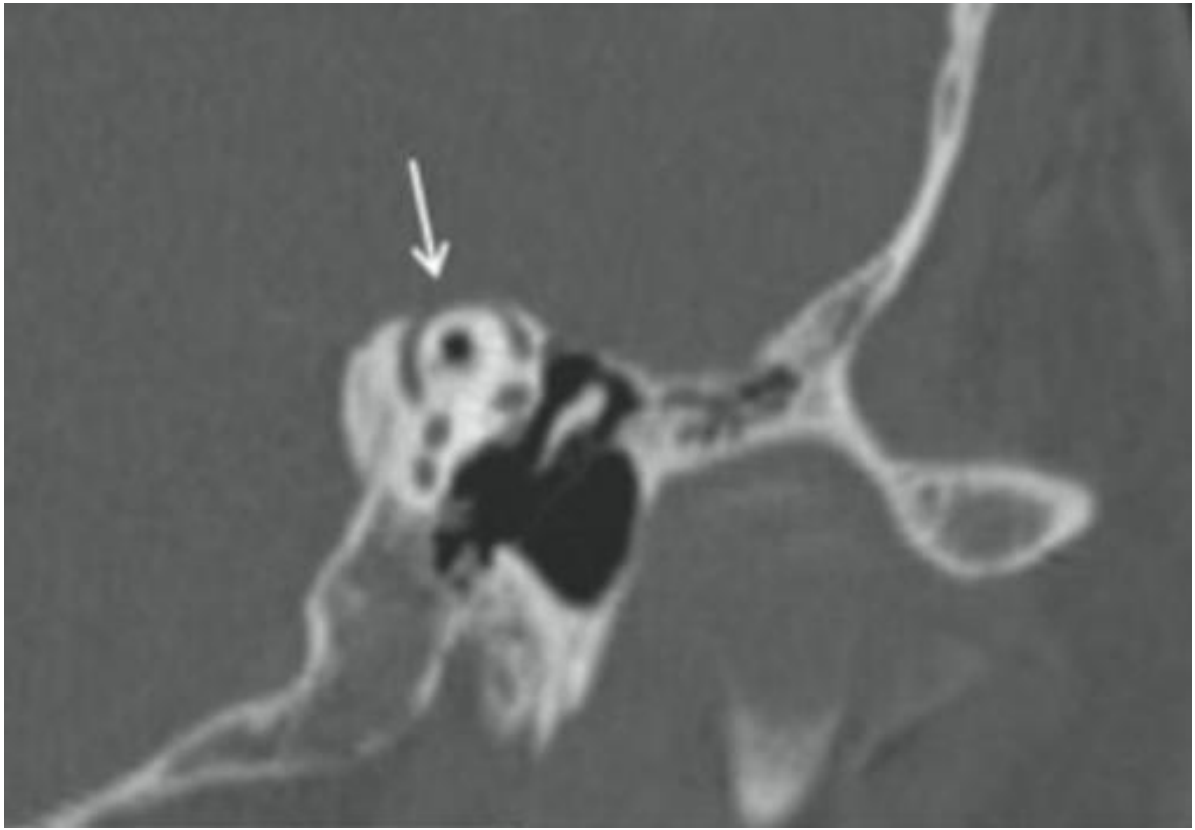
Nos achados radiológicos, são observadas descontinuidades da margem óssea do canal semicircular (Figura 3), sendo que apenas a dura máter estará separando o canal semicircular superior do líquido da fossa média. (STIMMER et al.,2012).

Figura 2 - Tomografia da orelha interna com achados radiológicos dentro da normalidade.



Fonte: ROBSON et al., 2013

Figura 3 - Tomografia da orelha interna com achados radiológico compatíveis com deiscência do canal semicircular.



Fonte: GEBRIM et al., 2010

CONCLUSÕES

Portanto, o zumbido é um sintoma que está relacionado à deiscência óssea dos canais semicirculares, porém não é um sinal patognomônico dessa patologia. Considerado como uma manifestação causadora de extremo desconforto, levando a dificuldades de convívio social, ansiedade e depressão, visto que há o envolvimento de circuitos neurais ligados a emoção. Na vigência de zumbido, é necessário prosseguir a investigação por imagem, sendo a TC o método mais utilizado para diagnóstico de deiscência do canal semicircular. (ELGOYHEN et al., 2015).

REFERÊNCIAS

- BENIN, Lilian et al. Zumbido crônico: estudo em indivíduos com e sem perda auditiva. **ConScientiae Saúde**, v. 15, n. 4, 2016.
- BRANDOLINI, C.; MODUGNO, G. C.; PIRODDA, A. Dehiscence of the superior semicircular canal: a review of the literature on its possible pathogenic explanations. **European Archives of Oto-Rhino-Laryngology**, v. 271, n. 3, p. 435-437, 2014.

- BREMKE, M. et al. Comparison of digital volume tomography and high-resolution computed tomography in detecting superior semicircular canal dehiscence—a temporal bone study. **Acta otolaryngologica**, v. 135, n. 9, p. 901-906, 2015.
- CERRI, G. G.; LEITE, C. C.; ROCHA M. S. **Tratado de Radiologia, Volume 1 : Neurorradiologia, Cabeça e Pescoço**. Barueri: Editora Manoele, 2017.
- CEYLAN, N. et al. CT imaging of superior semicircular canal dehiscence: added value of reformatted images. **Acta oto-laryngologica**, v. 130, n. 9, p. 996-1001, 2010.
- CLOUTIER, J.; BÉLAIR, M.; SALIBA, I. Superior semicircular canal dehiscence: positive predictive value of high-resolution CT scanning. **European Archives of Oto-Rhino-Laryngology**, v. 265, n. 12, p. 1455-1460, 2008.
- DALCHOW, C. V. et al. Radiographic examination of patients with dehiscence of semicircular canals with digital volume tomography. **European Archives of Oto-Rhino-Laryngology**, v. 270, n. 2, p. 511-519, 2013.
- DE GODOY, C. C. f. et al. Síndrome da deiscência do canal semicircular superior: relato de dois casos. **Revista CEFAC**, v. 19, n. 1, p. 119-125, 2017.
- DE LIMA, M. T. Síndrome de deiscência de canal semicircular superior. **Rev. Bras. Otorrinolaringol**, v. 72, n. 3, p. 414-8, 2006.
- DIAS, Adriano et al. Associação entre perda auditiva induzida pelo ruído e zumbidos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 63-68, 2006.
- ELGOYHEN, A. et al. Tinnitus: perspectives from human neuroimaging. **Nature Reviews Neuroscience**, v. 16, n. 10, p. 632, 2015.
- FUKUDA, Y. Zumbido Neurosensorial. **Rev Neurociências**, v. 8, n. 1, 2000.
- GEBRIM, E. M. S.; CHAMMAS, M. C.; GOMES R. L. E. **Radiologia e Diagnóstico por Imagem: Cabeça e Pescoço**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan LTDA., 2010. p. 49.
- KROMBACH, G. A. et al. Semicircular canal dehiscence: comparison of T2-weighted turbo spin-echo MRI and CT. **Neuroradiology**, v. 46, n. 4, p. 326-331, 2004.
- MINOR L.B., et al. Sound and/or pressure induced vertigo due to bone dehiscence of the superior semicircular canal. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg**. 1998;124(3):249-58.
- MONDELLI, Maria Fernanda Capoani Garcia et al. Correlação entre os achados audiológicos e incômodo com zumbido. **Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia**, v. 15, n. 2, p. 172-180, 2011.
- MONDINA, M. et al. Anatomico-radiological study of the superior semicircular canal dehiscence of 37 cadaver temporal bones. **Surgical and Radiologic Anatomy**, v. 35, n. 1, p. 55-59, 2013.
- MOORE, Keith L.; DALLEY, Arthur F.; AGUR, Anne M. R. **Moore: Anatomia Orientada para Clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. p. 959.
- PERSON, Osmar Clayton et al. Zumbido: aspectos etiológicos, fisiopatológicos e descrição de um protocolo de investigação. **Arquivos Médicos do ABC**, v. 30, n. 2, 2005.
- RALLI, Massimo et al. Characteristics of somatic tinnitus patients with and without hyperacusis. **PloS one**, v. 12, n. 11, p. e0188255, 2017.

ROBSON, C. D.; KOCH, B. L.; HARNSBERGER, H.R. **Specialty Imaging: Temporal Bone**. 1. ed. Amirsys, 2013.

SANCHEZ, Tanit Ganz et al. Uma Nova Alternativa Terapêutica para o Tratamento do Zumbido Pulsátil Objetivo de Origem Venosa. *Revista Eletrônica de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v.5, n.3, jul. 2001.

STEINMETZ, L. G. et al. Características do zumbido em trabalhadores expostos a ruído. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 75, n. 1, p. 7-14, 2009.

STIMMER, H. et al. Semicircular canal dehiscence in HR multislice computed tomography: distribution, frequency, and clinical relevance. **European Archives of Oto-Rhino-Laryngology**, v. 269, n. 2, p. 475-480, 2012.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA PESQUISA DE FATORES PREDISPOENTES DA INSTABILIDADE FEMOROPATELAR: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Rafael Oliveira Melquiades¹; Vitor Rezende Vieira¹; Antônio Régis Coelho Guimarães¹; Ana Flávia Bereta Coelho Guimarães².

¹Acadêmicos do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas;

² Docente pelo curso de Medicina do Centro Universitário Patos de Minas.

E-mail para contato: rafaelom96@hotmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: A patologia femoropatelar é a entidade clínica mais frequente no joelho. É uma afecção causadora de dor e incapacidade, tendo a displasia troclear, a patela alta e a distância excessiva da tuberosidade da tibia à garganta da tróclea (TAGT) como principais fatores predisponentes. **OBJETIVOS:** Realizar uma revisão de literatura a respeito dos critérios diagnósticos para instabilidade femoropatelar. **METODOLOGIA:** Estudo observacional retrospectivo. Foram avaliados 13 artigos datados de 2007 a 2018 nas bases de dados SCIELO, MEDLINE e PUBMED, além de um livro texto. **DISCUSSÃO:** Deve-se realizar um estudo por meio de exames de imagem por meio de RX e Tomografia Computadorizada. A partir das incidências radiográficas é possível identificar possível displasia troclear e patela alta. A avaliação tomográfica permite a medida da TAGT. Além desses critérios, Dejour et al ainda considera outros como secundários que possivelmente também tem influência em tal distúrbio. A incompetência do ligamento patelofemoral medial é identificado pela RM. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Diante de quadro de possível instabilidade femoropatelar, o médico responsável deve realizar a melhor avaliação clínica e imagiológica possível para que o diagnóstico correto seja feito e um possível tratamento seja realizado, sendo os métodos de imagens utilizados seguem a seguinte ordem: radiografia, tomografia e ressonância magnética.

PALAVRAS-CHAVE: patela; luxação patelar; ligamento patelar; instabilidade articular.

INTRODUÇÃO

A patologia femoropatelar é a entidade clínica mais frequente no joelho de adolescentes ou adultos jovens, sendo mais prevalente no sexo feminino, entre os 10 e 17 anos e com incidência anual de 5,8 por 100 mil habitantes. É uma afecção causadora de dor e incapacidade, que pela grande prevalência de percepções subjetivas de queixas, levou Dejour et al a definirem a instabilidade objetiva, na qual

incluem a alteração do movimento, a subluxação e a luxação da patela. De etiologia multifatorial, a doença tem a displasia troclear, a patela alta, a distância excessiva da tuberosidade da tíbia à garganta da tróclea (TAGT) e a lesão do ligamento femoropatelar medial, como principais fatores predisponentes.

OBJETIVO

Esse trabalho teve como objetivo a realização de uma revisão de literatura sobre os melhores métodos de imagens para a identificação dos fatores predisponentes mais comuns da instabilidade femoropatelar correlacionando estes exames imagenológicos entre si, buscando salientar quais métodos são mais específicos para cada tipo de fator predisponente encontrado.

METODOLOGIA DE BUSCA

Trata-se de um estudo de caráter observacional retrospectivo. A bibliografia de referência para o trabalho foi através de 13 artigos pesquisados nas bases de dados SCIELO, MEDLINE e PUBMED datados de 2007 até 2018. Os descritores utilizados foram: patela alta, luxação patelar, ligamento patelar, instabilidade articular. Além do livro texto Ortopedia e Traumatologia, 5ª edição, de Sizinio Hebert.

DISCUSSÃO

A partir da suspeita de instabilidade femoropatelar, deve-se realizar uma investigação imagiológica inicial, que inclui um estudo radiográfico (radiação ionizante) nas incidências ântero-posterior, perfil e de Merchant. As três incidências em conjunto permitem a identificação de eventual displasia troclear e patela alta. O diagnóstico de patela alta se faz pela avaliação da radiografia em perfil, com angulação de 30° do joelho, fazendo a análise com auxílio de alguns índices existentes na literatura (Caton-Deschamps; Insall-Salvati; Grelsamer e Meadows; Blackburn-Peel). A classificação feita por Dejour et al avalia três sinais radiográficos: pesquisa de esporão troclear (suprapatelar), crossing sign e/ou duplo contorno. Outros achados também podem ser feitos através da radiografia (RX) panorâmica dos membros inferiores tais como avaliação das alterações no alinhamento (joelho valgo e ângulo Q aumentado, se identificados podem estar associados a instabilidade supracitada). Além disso, faz-se necessário a realização de Tomografia Computadorizada (TC) que permite a medida da TAGT, que é considerada aumentada se maior que 20mm. O princípio de formação da imagem pela Tomografia é dado pela radiação ionizante tal como a radiografia possuindo as mesmas limitações

quanto ao uso do RX para gestantes além dos possíveis efeitos biológicos advindos de exposição radiográfica, de uma maneira geral. Possui vantagens em relação à radiografia simples, pois evita a sobreposição de estruturas além de facilitar o posicionamento do joelho que pode ficar imóvel, enquanto se obtém a aquisição das imagens em bloco, podendo posteriormente reconstruir em vários planos e em aspecto tridimensional volumétrico (3D), sem mobilização do paciente. Para a aquisição das incidências radiológicas muitas vezes mobiliza-se o paciente que em fases agudas da lesão pode estar acompanhado de dor, dificultando este posicionamento. Também é possível através da tomografia avaliar a báscula da patela medindo seus ângulos (normal abaixo de 20 °). A displasia troclear é anomalia óssea que torna a tróclea menos profunda, plana e às vezes convexa, dificultando a contenção e facilitando a translação lateral da patela. A tomografia apresenta boa eficácia no estudo morfológico das estruturas ósseas sendo, portanto, excelente método no estudo da tróclea e suas variantes. Alguns pacientes não vão apresentar estas alterações identificadas pela radiografia e tomografia e mesmo assim apresentam clinicamente a instabilidade femoropatelar. Diante disto há necessidade de prosseguir na investigação uma vez que os métodos por imagens até agora discutidos (RX e TC) tem o foco de pesquisa na estrutura óssea em si, necessitando de outro método que tenha mais vantagens na avaliação das partes moles. Sendo a Ressonância Magnética (RM) o método de escolha para avaliação de cartilagens e partes moles. A RM utiliza ondas eletromagnéticas não ionizantes na formação da imagem. Por suas características físicas na formação desta imagem, consegue definir diferenças muito pequenas na intensidade de sinal entre os mais variados tecidos do corpo humano, podendo portanto, identificá-los separadamente individualizando-os em relação às estruturas circunvizinhas. As ‘partes moles’ compreendem os ligamentos, tendões, fásCIAS, músculos, tecido subcutâneo e pele. O ligamento patelofemoral medial é também um fator predisponente e é bem identificado pela Ressonância. Outra vantagem da RM sobre os demais métodos citados, é que a RM um método inócuo, por não apresentar radiação, porém alguns pacientes podem ter contraindicações formais ao método tais como presença de marcapassos. A ultrassonografia e cintilografia também são métodos de imagens diagnósticas e não se aplicam ao estudo dos fatores predisponentes da instabilidade femoropatelar pois os fatores predisponentes são basicamente morfológicos e genéticos, tendo o posicionamento patelar, a displasia troclear, o TAGT aumentado e a lesão de ligamento femoropatelar como os principais fatores associados a esta instabilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A instabilidade patelofemoral é uma patologia muito instigante, causadora de dores e luxações sendo necessário para seu diagnóstico o exame clínico minucioso e a combinação de vários métodos

de imagens. As radiografias simples juntamente com a Tomografia Computadorizada detectam as alterações relacionadas predominantemente as estruturas ósseas do joelho e a Ressonância Magnética estuda melhor as partes moles. Sugere-se então que os métodos de imagem utilizados sejam: radiografia inicialmente, Tomografia Computadorizada e posteriormente a Ressonância Magnética para a pesquisa dos fatores associados a instabilidade femoropatelar.

REFERÊNCIAS

- AKGUN U, et al. "Modified Fulkerson osteotomy in recurrent." *Acta Orthop Traumatol Turc*, 2010: 27-35.
- ALAIJA MJ, Cohn RM, Strauss EJ. "Patellar instability." *Bulletin of the Hospital for Joint Diseases*, 2014: 6-17.
- BURMANN, RC. "Avaliação dos fatores predisponentes nas instabilidades femoropatelares." *Acta Ortopédica Brasileira*, 2011: 37-40.
- DE ANDRADE, MAP. "Tratamento cirúrgico da instabilidade fêmoro-patelar." *Revista Brasileira de Ortopedia*, 2009: 529-32.
- FÁVARO E, et al. "Importância do Ligamento Femoropatelar Medial no Deslocamento e na Inclinação Lateral da Patela: Estudo Radiográfico em cadáveres." *Rev Bras Med Esporte*, 2011.
- MARTINS E SOUZA P, et al. "Instabilidade femoropatelar: avaliação por ressonância magnética." *Revista Brasileira de Ortopedia*, 2013: 159-164.
- MINKOWITZ R, et al. "Patella Instability." *Bulletin of the NYU Hospital for Joint Diseases*, 2007: 280-93.
- MOREIRA TAR, et al. "Displasia da tróclea e instabilidade patelar em pacientes com síndrome de down." *Revista Brasileira de Ortopedia*, 2015: 159-164.
- MOUSINHO RS, et al. "Avaliação da reprodutibilidade da classificação de Dejour para instabilidade femoropatelar." *Rev Bras Ortop*, 2017.
- PEREIRA RS, et al. "A Instabilidade Patelofemoral." *Rev. Medicina Desportiva informa*, 2017: 26-28.
- RIBEIRO MM, Nogueira F, Sardinha J, Jones JH. "Critérios imagiológicos da instabilidade fêmoro-patelar por ressonância magnética." *Rev Port Ort Traum*, 2012: 4425-435.
- ROQUE V, et al. "Síndrome Femoro-Patelar." *Rev Soc Port Med Fís Reab*, 2012.
- WHITE BJ, Sherman OH. "Patellofemoral Instability." *Bulletin of the NYU Hospital for Joint Diseases*, 2009.

INVESTIGAÇÃO NÃO INVASIVA DA SÍNDROME CORONARIANA POR MÉTODO DE IMAGEM

Débora Carolina Esteves Reis¹; Vitor Resende Vieira¹; Lorrane Lara Rodrigues de Sousa¹; Ana Flávia Bereta Coelho Guimarães².

¹Acadêmicos do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas;

² Docente pelo curso de Medicina do Centro Universitário Patos de Minas.

E-mail para contato: deboracarolina05@hotmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Doença Arterial Coronariana (DAC) forma placas de aterosclerose na parede dos vasos que dificultam ou impedem a passagem de sangue, prejudicando o suprimento de determinadas áreas da musculatura cardíaca. Assim, ferramentas não invasivas de diagnóstico são valiosíssimas na avaliação dos pacientes que apresentem tal limitação. **OBJETIVO:** Avaliar os métodos diagnósticos de imagem da doença coronariana, delimitando aqueles que são invasivos e não invasivos, os que são de maior acurácia e os mais utilizados na atualidade. **METODOLOGIA:** Foi realizado um levantamento bibliográfico e buscaram-se artigos em periódicos disponíveis nas bases de dados BVS, Scielo e Pubmed, além de livros e teses. O presente estudo possui caráter observacional retrospectivo. **DISCUSSÃO:** São vários os exames que podem ser solicitados para a avaliação inicial da DAC, sendo o eletrocardiograma e a radiografia de tórax os primeiros exames realizados. A cineangiogramia invasiva é o padrão-ouro para o diagnóstico da DAC, mas é um método invasivo que pode trazer risco aos pacientes. O ecocardiograma apresenta um bom custo-benefício e praticidade. Dentre outros exames que podem ser solicitados estão a Cintilografia Miocárdica de Perfusão, a Ressonância Magnética Cardiovascular, o Escore de Cálcio e a Angiotomografia Coronariana. A Angio-TC não é invasiva, permite a avaliação da luz das artérias coronárias e apresenta imagens alta qualidade de maneira rápida e segura. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Devemos empregar em cada situação clínica o exame que pode ter melhor resultado ao se considerar a eficácia e o custo, sempre levando em conta os aspectos da segurança do paciente. Nesse estudo identificamos que o melhor exame não invasivo para diagnóstico da síndrome coronariana é a Angiotomografia Coronariana.

PALAVRAS-CHAVE: Diagnóstico por Imagem. Infarto do Miocárdio. Isquemia Miocárdica.

INTRODUÇÃO

A Doença Arterial Coronariana (DAC) é a principal causa de morte em países ocidentais segundo dados publicados pela OMS para o ano de 2015.

Cinecoronariografia ou cateterismo cardíaco é o padrão ouro para confirmar a presença de obstruções das artérias coronárias. No entanto, trata-se de uma intervenção invasiva dispendiosa e potencial geradora de complicações. Ademais, os métodos de imagem em cardiologia têm grande espaço na prática clínica e permitem não somente auxiliar diagnóstico como também fazer a estratificação de risco e o segmento de diversas doenças cardiovasculares de forma não invasiva e com excelente acurácia (SARA; SZARF; TACHIBANA, 2014).

O fluxo sanguíneo coronariano em repouso nos seres humanos é, em média de cerca de 70 ml/minuto/100g de peso do coração ou cerca de 225 ml por minuto, o que representa de 4 a 5% do débito cardíaco total. Durante o exercício físico o coração do jovem adulto pode aumentar o débito cardíaco por 4; a 7 vezes e, nessa situação, deve ser vencida uma maior resistência pelo aumento da pressão arterial, ou seja, a bomba cardíaca é exigida por 6 a 9 vezes mais. Em contrapartida, o fluxo coronariano aumenta apenas 3 a 4 vezes para suprir as necessidades adicionais.

Não obstante, na doença coronariana a formação de placas de aterosclerose na parede dos vasos pode dificultar ou mesmo impedir a passagem de sangue, prejudicando o suprimento de determinadas áreas da musculatura cardíaca. Assim, ferramentas não invasivas de diagnóstico são valiosíssimas na avaliação dos pacientes que apresentem tal limitação.

OBJETIVO

Avaliar os métodos diagnósticos de imagem da doença coronariana, delimitando aqueles que são invasivos e não invasivos e determinando os que são de maior acurácia e os mais utilizados na atualidade, comparando a literatura sobre o assunto e tendo em vista a grande relevância de se escolher um melhor exame para o diagnóstico em quadros agudos e crônicos de síndromes coronarianas.

METODOLOGIA DE BUSCA

Mediante esse projeto, a pergunta elaborada questiona quais os métodos de imagem utilizados para investigação não invasiva da síndrome coronariana. Dessa forma, elegeu-se a revisão sistemática da literatura. O presente estudo é de caráter observacional retrospectivo.

Assim, para o levantamento bibliográfico, optou-se pela busca de artigos em periódicos nacionais e internacionais, disponíveis nas bases de dados pertencentes à BVS, Scielo e Pubmed, além de livros e teses que abordam sobre a Síndrome Coronariana. Foram utilizadas as palavras-chave: “síndrome coronariana” e “doença arterial coronariana”.

Os critérios de inclusão foram artigos publicados em português ou inglês no período de 2003 a 2017 e que não fazem restrição da metodologia utilizada, sendo-se excluídos artigos que abordavam apenas tratamento.

DISCUSSÃO

Na ocorrência de uma síndrome coronariana, a dor torácica é o principal sintoma que faz o paciente procurar o serviço médico, sendo o atendimento inicial essencial para o diagnóstico adequado. O eletrocardiograma (ECG) geralmente é o primeiro exame realizado e, quando ele apresenta uma

supra de ST, identifica-se um infarto agudo do miocárdio. Pode-se solicitar também os marcadores de necrose miocárdica e o teste ergométrico para complementar o diagnóstico.

A cineangiocoronariografia invasiva (CATE) é o padrão-ouro para o diagnóstico da DAC, mas é um método que pode trazer risco aos pacientes. Tendo isso em vista, os procedimentos de imagem não-invasivos têm sido cada vez mais usados, como o Raio-X (RX) de tórax, os radioisótopos, o ecocardiograma (ECO), a angiografia coronariana, a tomografia coronária e a ressonância magnética cardiovascular (NOMURA, 2017).

O RX de tórax, geralmente o primeiro exame de imagem solicitado nos pacientes que se apresentam com dor torácica, é importante para a realização do diagnóstico diferencial da angina. Esse exame é indicado, também, para pacientes com doença pulmonar ou insuficiência cardíaca (SBC, 2014).

Dentro da medicina nuclear, a Cintilografia Miocárdica de Perfusão (CMP) utiliza radiofármacos (tálio-201, tecnécio-99m, isonitrila e tetrofosmin) que são de difícil disponibilização, tal como os equipamentos usados, o que restringe o uso desse método. É um exame não invasivo, de fácil aplicação e que não apresenta reações adversas aos radiotraçadores. A técnica tomográfica usada é o Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT), que permite uma avaliação da perfusão miocárdica, da integridade celular, do metabolismo miocárdico, da função global ou segmentar do ventrículo esquerdo e da contratilidade miocárdica. Além disso, o método convencional compara a perfusão nas fases de repouso e estresse, pela escala de cores ou em preto e branco (SBC, 2009).

A Tomografia Computadorizada (TC) cardíaca oferece duas principais modalidades de exame: o Escore de Cálcio (EC) e a Angiotomografia Coronariana (Angio-TC). A quantidade de cálcio nas artérias coronárias se relaciona com a carga de aterosclerose, mas esse resultado não se traduz numa maior probabilidade de se ter uma estenose coronária, especialmente em pacientes assintomáticos. Atualmente, o EC, que possui baixa especificidade, é usado como estratificação do risco cardiovascular por meio da detecção de aterosclerose subclínica, principalmente em pacientes de risco cardiovascular intermediário sem apresentação clínica típica.

A Angio-TC coronária é um método diagnóstico não invasivo com elevada acurácia na detecção da DAC que permite a avaliação da luz das artérias coronárias, apresentando imagens alta qualidade, de maneira rápida e segura. Porém, no atendimento de emergência, não é aconselhável a realização da angiotomografia, devido à maior chance de exames falso-positivos para um quadro isquêmico agudo. Além disso, há também um alto custo e a necessidade de profissionais treinados disponíveis nas 24 horas do dia, o que dificulta a sua realização (SOCESP, 2016).

O ecocardiograma apresenta-se como um excelente método diagnóstico, propício para os portadores de DAC, por apresentar um bom custo-benefício, acurácia e praticidade. Esse teste tem objetivo de avaliar a motilidade das paredes miocárdicas, sendo lesões reversíveis ou não: se feito sobre estresse, seja ele farmacológico ou esforço físico, permite verificar a extensão e a gravidade

das lesões que ainda reversíveis; se realizada com contraste à base de microbolhas, preenche o ventrículo esquerdo qualificando sua contração e, logo após, preenche a circulação coronariana, sendo possível avaliar a perfusão miocárdica (SBC, 2014).

Seu papel é crucial na avaliação aguda, pois a motilidade já se altera segundos após ocorrido a obstrução coronariana, indicando uma isquemia ou infarto agudo do miocárdio. Além de descartar possíveis diagnósticos diferenciais de dor torácica como: pericardite, embolia pulmonar e dissecção de aorta. Se completo com Doppler, avalia complicações como regurgitação mitral, disfunção diastólica, comunicações interventriculares entre outras (SBC, 2014).

Seu uso sobre estresse, permite avaliar a viabilidade miocárdica sendo de grande auxílio para as decisões terapêuticas. É feito com base em áreas irrigadas por artérias que apresenta uma significativa redução do lúmen, apresentando isquemia quando ocorre o estresse, refletindo em alterações da motilidade. O estresse pode ser feito por drogas vasodilatadoras, adrenérgicas ou esforço físico (SBC, 2014).

Sua principal indicação é em pacientes sintomáticos que não apresentaram alterações no eletrocardiograma. Não sendo indicada em pacientes assintomáticos. Além de útil em pacientes que não conseguem realizar atividades físicas, realiza-se o ECO com estresse farmacológico, para estratificação de risco no pré-operatório (SBC, 2014).

A angiografia coronariana apresenta como principais indicações o alto risco em teste não invasivos, nos casos de anginas estáveis, sobreviventes de paradas cardíacas ou arritmias ventriculares graves, além de sinais e sintomas de insuficiência cardíaca congestiva (SBC, 2004).

A Ressonância Magnética Cardiovascular (RMC) é de grande valia, pois retrata a perfusão miocárdica, função ventricular, anatomia cardíaca e ventricular. Além de não usar contraste ou radiação ionizante. É o padrão ouro para quantificação da massa miocárdica e volumes ventriculares. A avaliação da isquemia miocárdica é analisada com alta acurácia com a RMC por estresse de dobutamina. Além de ser possível o diagnóstico dar DAC, apresenta importante valor prognóstico. Avalia isquemia com e sem estresse, sendo identificável áreas de isquemia reversíveis e não reversíveis. Logo é bem útil para avaliação da perfusão miocárdica, porém na avaliação das artérias coronarianas, por apresentarem pequeno calibre, movimentação respiratória e cardíaca, é útil apenas para alterações de anomalias congênitas (SOCESP, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Métodos diagnósticos por imagens são aliados importantes na prática clínica, tanto para confirmar o diagnóstico suspeitado, como para auxiliar na estratificação de risco e no planejamento do tratamento. Esse artigo busca considerar as vantagens e os pontos negativos das diferentes opções de diagnóstico por imagem e, desta forma, auxiliar na escolha e no melhor uso de cada um deles

pelos médicos que solicitam tais exames. Devemos empregar em cada situação clínica o exame que pode ter melhor resultado ao se considerar a eficácia e o custo, sempre levando em conta os aspectos da segurança do paciente. Nesse estudo identificamos que o melhor exame não invasivo para diagnóstico da síndrome coronariana é a Angiotomografia Coronariana.

REFERÊNCIAS

DE SOUZA, M.R.; FEITOSA, G.S.; DE PAOLA, A.A.V. et al. **I Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Processos e Competências para a formação em Cardiologia no Brasil.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 96, n. 5, 2011.

SOLIMENE, M.C.; RAMIRES, J.A.F. **Indicações de Cinecoronariografia na Doença Arterial Coronária.** Revista da Associação Médica Brasileira, v. 49, n. 2, p. 203-9, 2003.

SARA, L.; SZARF, G.; TACHIBANA, A. et al. **II Diretriz de Ressonância Magnética e Tomografia Computadorizada Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia e do Colégio Brasileiro de Radiologia.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 102, n. 6, 2014.

SERRA, T. **Angiotomografia Coronária no Consultório: quando solicitar.** Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, v. 27, n. 2, p. 96-102, 2017.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Fluxo Sanguíneo pelos músculos e o Débito Cardíaco durante o Exercício; a Circulação Coronariana e a Cardiopatia Isquêmica.** Tratado de Fisiologia Médica. 12^o Edição. 2011. Cap. 21, p.258.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Diretrizes de doença coronária crônica angina estável.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia - Volume 83, Suplemento II, Setembro 2004. 43 p.

NOMURA, C. H. **Correlação entre angiotomografia de coronárias e PET – CT com rubídio na avaliação da doença isquêmica do coração.** 2017. Tese (Programa de Radiologia) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Diretrizes de doença coronária crônica estável.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Volume 103, Nº 2, Suplemento 2, Agosto 2014. 70 p.

REVISTA DA SOCESP – SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Imagem em Cardiologia.** São Paulo. Volume 27 • Nº 2 • Abril/Junho 2017. 104 p.

REVISTA DA SOCESP – SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Atualização na Síndrome Coronariana Aguda.** São Paulo. Volume 26 • Nº 2 • Abril/Junho 2016. 84 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **IV Diretriz sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST.** Arquivo Brasileiro de Cardiologia 2009; 93 (6 Supl. 2): e179-e264. 86 p.

MIASTENIA GRAVIS: UMA AMPLA REVISÃO DA ABORDAGEM CLÍNICA NOS DIAS ATUAIS

André Teixeira de Souza e Castro¹; Giovana Bertoni Palis Samora¹; Thábita Vilarinho Bernardes¹; Milton Peres².

¹Acadêmicos do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas;

²Docente pelo curso de Medicina do Centro Universitário Patos de Minas. Graduado na Escola de Medicina e Saúde Pública da Bahia e Residência de Clínica Médica na Santa Casa de Misericórdia da Bahia.

E-mail para contato: andretsscastro@gmail.com

RESUMO

A Miastenia Gravis (MG) é uma doença autoimune de etiopatogenia ainda não totalmente conhecida a qual se caracteriza pela produção de anticorpos contra os receptores de acetilcolina (AChR) nicotínicos na junção neuromuscular (JNM), causando com sua destruição diversas manifestações clínicas como progressiva fraqueza e fadiga dos músculos esqueléticos. Este estudo constitui-se de uma revisão de literatura especializada. O objetivo deste estudo é realizar uma revisão de literatura sistemática sobre a Miastenia Gravis (MG) em diversos artigos nacionais e internacionais para a verificação de novas condutas e terapêuticas, assim como novas descobertas em sua fisiopatologia, visando a redução das manifestações clínicas da doença.

PALAVRAS-CHAVE: Conduta terapêutica. Manifestações clínicas. Miastenia gravis.

INTRODUÇÃO

A Miastenia Gravis (MG) é um conjunto heterogêneo de patologias autoimunes as quais se caracterizam em sua maioria por uma deficiência, bloqueio e destruição dos receptores de acetilcolina (AChR) nicotínicos na junção neuromuscular (JNM), induzindo uma progressiva fraqueza e fadiga dos músculos esqueléticos. A origem precisa dessas alterações autoimunes ainda é desconhecida, no entanto, estudos recentes demonstram alta probabilidade do envolvimento do timo para a gênese desses anticorpos, assim como novas alternativas terapêuticas para a supressão destes.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é realizar uma revisão de literatura sistemática sobre a Miastenia Gravis (MG) em diversos artigos nacionais e internacionais para a verificação de novas condutas e terapêuticas, assim como novas descobertas em sua fisiopatologia. Com o desenvolvimento de métodos invasivos e não invasivos para a redução do Escore Quantitativo da Miastenia Gravis (QMGS), demonstra-se uma maior necessidade de expor conhecimento clínico para evitar iatrogenias medicamentosas e complicações da doença, tais como as crises miastênicas.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo constitui-se de uma revisão de literatura especializada, o qual realizou-se uma consulta por artigos científicos selecionados através de busca no banco de dados da SciELO, PubMed, EBSCO, Elsevier, New England Journal of Medicine, Biblioteca Virtual em Saúde e Ministério da Saúde. A pesquisa dos artigos foi realizada em setembro de 2018. As palavras-chave utilizadas na busca foram Myasthenia Gravis e Miastenia Gravis, os respectivos critérios de inclusão foram: gratuidade e período de publicação entre 2005 e 2018, foram selecionados para revisão 17 artigos nacionais e internacionais.

DISCUSSÃO

A Miastenia Gravis (MG) é uma rara doença autoimune com incidência e prevalência variando entre diferentes países, dificultando assim a sua respectiva análise de dados (OLIVEIRA, 2017). No entanto, um padrão de incidência entre 1 a 9 indivíduos a cada milhão de habitantes foi notado, possuindo idade de início com padrão bimodal, sendo os picos de ocorrência entre 20 e 34 anos em pacientes do sexo masculino e 70 a 75 anos em pacientes do sexo feminino (Ministério da Saúde, 2015). Segundo o Departamento de Neurologia da Universidade de Howard (DNUH, 2012), o diagnóstico em crianças é incomum em países europeus e também nos Estados Unidos, porém em países asiáticos 50% dos diagnósticos são de pacientes menores de 15 anos de idade, em sua grande maioria somente com manifestações oculares da doença.

Sobre a etiopatogenia da Miastenia Gravis autoimune, ainda não é totalmente conhecida a maneira como se iniciam a produção de anticorpos contra os receptores de acetilcolina (AChR), todavia, acredita-se em um envolvimento do timo com o aparecimento da patologia, esse fato é defendido através de avaliações anatômicas e histopatológicas do órgão, com 70% dos pacientes miastênicos apresentando hiperplasia do timo e 10% possuem timomas associados (WOLFE, 2016). Em decorrência a estímulos desconhecidos, as células mióides são danificadas e diante disso, há uma falha no mecanismo supressor de linfócitos T helper, propiciando um aumento significativo de anticorpos contra AChR produzidos pelos plasmócitos. Outras possibilidades etiológicas são alterações na conformação da junção mioneural causadas por infecções virais e/ou bacterianas, tornando estes receptores imunogênicos, além do compartilhamento de epítomos em comum com antígenos externos (CARVALHO, 2005), há relatos de casos da associação da doença com o vírus da hepatite C e reações cruzadas de anticorpos de pacientes com MG com o vírus do herpes simplex (KAULING, 2011). Observam-se também alterações anatômicas bem estabelecidas, tais como aumento do tamanho da junção neuromuscular e a diminuição do comprimento da membrana pós-sináptica, causando a difusão da acetilcolina (ACh) para longe da fenda sináptica e diminuindo a probabilidade de interação com os seus receptores (Ministério da Saúde, 2015).

O mais importante antígeno de membrana associado com a MG é o receptor muscular de acetilcolina (AChR), sendo detectados anticorpos contra estes receptores (AChR-IgG) em 85 a 90% dos pacientes diagnosticados, ainda assim, 40% dos pacientes negativos para AChR-Abs possuem anticorpos direcionados para a cinase específica para os músculos (MuSK-IgG), uma molécula localizada nas proximidades dos receptores nicotínicos e que atuam mantendo a integridade anatômica da junção neuromuscular (PERES, 2017). Recentemente, foram descobertos autoanticorpos direcionados a lipoproteína de baixa densidade associada ao receptor proteico (LRP4), presente em 2 a 27% dos pacientes sem AChR-IgG e MuSK-IgG. (PARK, 2018). Por fim, existe uma minoria de pacientes aos quais não são detectados anticorpos específicos, no entanto, através da técnica de plasmaferese e a injeção de plasma desses pacientes em animais de experimentação, é induzido laboratorialmente o aparecimento de MG, sugerindo que mesmo sem a detecção de anticorpos por métodos tradicionais, deve haver um mecanismo de anticorpogênese envolvida nessa forma de MG (KAULING, 2011).

Com a liberação adequada de Ach pela membrana pré-sináptica, esses neurotransmissores irão entrar em contato com receptores pós-sinápticos e irão desencadear um potencial da placa motora (EPP), levando a contração muscular. Em indivíduos saudáveis, esse potencial será superior ao necessário para levar à contração, criando um mecanismo de segurança (safety factor) se houver certa depleção desse neurotransmissor. Uma diminuição das atividades de AChR irão diminuir o potencial estimulado, porém esse mecanismo de segurança seria efetivo o bastante para desencadear o potencial completo da placa motora, no entanto, em casos de diminuição de Ach associado a uma menor concentração de AChR, o resultado seria uma incapacidade de estimulação do potencial e uma progressiva manifestação clínica de fraqueza muscular persistente da Miastenia Gravis. Na MG, os anticorpos podem atuar de diferentes maneiras para levar à depleção de AChR, seja ativando o sistema complemento na junção mioneural, criando um micro ambiente pró-inflamatório também, seja por modulação antigênica, aumentando a endocitose desses receptores associados aos anticorpos. Também é realizado um mecanismo de atuação antagonista, ocupando o sítio de ligação da ACh e impedindo de desencadear o seu potencial na placa motora (TROUGH, 2012).

As manifestações clínicas da doença estão associadas com a incapacidade de desencadear o potencial da placa motora (EPP), revelando fraqueza e fadiga muscular. Os sintomas melhoram com o repouso e pioram com o exercício, infecções, menstruação, estresse emocional e gravidez. O Escore Quantitativo da Miastenia Gravis (QMGS) foi desenvolvido por Bedlack e colaboradores em um estudo longitudinal com 53 pacientes diagnosticados com Miastenia Gravis, nesse estudo os autores conseguiram quantificar em diversas classificações a capacidade e a força muscular de cada paciente, sendo a tabela original dividida em oito itens, com a respectiva avaliação de 0 até 3, sendo

3 considerado risco grave. Posteriormente, a tabela foi modificada para 13 diferentes itens a fim de avaliar a responsividade terapêutica dos indivíduos com os tratamentos que estavam surgindo. Em 2017 a tabela foi traduzida para o português e adequada para as classificações do Brasil (OLIVEIRA, 2017).

Quadro 1 - Escore Quantitativo da Miastenia Gravis (QMGS)

Comprometimento	Nenhum	Leve	Moderado	Grave	Pontos
Graduação	0	1	2	3	
Visão dupla (olhar fixo lateral) (segundos)	60	11-59	1-10	Espontâneo	
Ptose (olhar fixo para cima) (segundos)	60	11-59	1-10	Espontâneo	
Músculos faciais	Fechamento normal das pálpebras.	Fechamento completo. Resistência fraca.	Fechamento completo. Sem resistência	Fechamento incompleto.	
Deglutição (120 ml água)	Normal	Tosse mínima ou Limpar a garganta	Tosse intensa, engasga ou regurgitação nasal	Não consegue engolir Teste não realizado.	
Contar em voz alta de 1 a 50. (início da disartria)	Nenhum sinal até 50	Disartria entre 30-49	Disartria entre 10-29	Disartria até 9	
Braço direito estendido (90° sentado) (segundos)	240	90-239	10-89	0-9	
Braço esquerdo estendido (90° sentado) (segundos)	240	90-239	10-89	0-9	
Capacidade Vital Forçada (% do predito)	≥ 80%	65-79%	50-64%	<50%	
Preensão palmar direita (kg)					
Homem	≥45	15-44	5-14	0-4	
Mulher	≥30	10-29	5-9	0-4	
Preensão palmar esquerda (kg)					
Homem	≥ 35	15-34	5-14	0-4	
Mulher	≥25	10-24	5-9	0-4	
Em supino, manter a cabeça erguida em 45 graus. (segundos)	120	30-119	1-29	0	
Perna direita estendida 45 a 50° (supino) (segundos)	100	31-99	1-30	0	
Perna esquerda estendida 45 a 50° (supino) (segundos)	100	31-99	1-30	0	

Figure 2. Quantitative tests for myasthenia gravis in Brazilian Portuguese.

Fonte: Oliveira, 2017

Frequentemente na Miastenia Gravis há queixa de ptose palpebral, visão borrada ou diplopia associada a esforço, a musculatura ocular externa será acometida em 90 a 95% dos casos em algum momento. Também acontecem anormalidades de musculatura bulbar e facial, sendo que um terço dos pacientes diagnosticados apresentam dificuldade de deglutição, podendo resultar em emagrecimento. Regurgitação nasal de líquidos e sólidos podem ser resultados de acometimento da musculatura faríngea e palatal, se houver fraqueza concomitante de língua, disartria e voz anasalada podem existir. O acometimento apendicular é observado em até 30% dos pacientes, com fraqueza muscular dos membros e do pescoço. A crise miastênica é definida por uma insuficiência respiratória

devido à fraqueza diafragmática e dos músculos respiratórios acessórios (Ministério da Saúde, 2015).

Para o diagnóstico laboratorial da MG são necessárias solicitações de exames complementares, tais como estudo eletroneuromiográfico (sensibilidade de 75%) e teste imunológico para pesquisa de ACh-IgG (sensibilidade de 50% em MG ocular e 85% em MG generalizada), MuSK-IgG e LRP4-IgG (Ministério da Saúde, 2015).

O tratamento medicamentoso para MG é iniciado com inibidores de acetilcolinesterase, como por exemplo, a piridostigmina, a fim de aumentar a sua concentração na fenda sináptica e, por conseguinte, contribuir para o EPP e a força muscular. É reservado o uso de drogas imunossupressoras para casos selecionados, geralmente em MG generalizadas ou refratárias às abordagens iniciais básicas. A prednisona é o agente imunossupressor mais utilizado para o tratamento da Miastenia Gravis, sendo estes reservados para os casos refratários à piridostigmina. Após três anos de terapia com prednisona, geralmente associa-se a Azatioprina, contribuindo para a redução da dose de prednisona e também para os efeitos adversos, a sua eficácia clínica é em média de 70%. Outra terapia medicamentosa é o uso da ciclosporina, medicamento de ação mais rápida e eficaz que a Azatioprina, no entanto, deve-se atentar aos efeitos adversos. Diversas drogas novas estão sendo estudadas para a utilização em terapia para pacientes diagnosticados com a doença, uma delas é a droga Rituximab, um anticorpo monoclonal que se dirige a destruição de certas proteínas encontradas na superfície celular de linfócitos B, responsáveis pela produção de anticorpos que reduzem AChR. (Ministério da Saúde, 2015).

Diante de tais conhecimentos sobre sua fisiopatologia, foi realizado um estudo longitudinal com 150 participantes diagnosticados com MG ao longo de três anos para avaliar novas opções terapêuticas, o estudo foi publicado na New England Journal of Medicine em 2017 e apresenta significativos dados sobre a abordagem cirúrgica da doença. O tratamento com o corticoide sintético prednisona foi realizado em ambos os grupos, um submetido à esternotomia mediana com timectomia total e o outro grupo somente com a terapia medicamentosa. Observou-se em pacientes submetidos à timotomia uma redução média de 2.8 pontos no Escore Quantitativo da Miastenia Gravis (QMGS), o qual apresenta uma redução significativa das manifestações clínicas, além disso, observa-se também redução de 22mg da prednisona para manter os mesmos escores, ainda, a chance de terapia imunossupressora por azatioprina em pacientes submetidos à timotomia total é menor. Entretanto, os procedimentos cirúrgicos para uma esternotomia mediana nos Estados Unidos podem custear até U\$ 80,000, além dos riscos externos para infecções e/ou complicações cirúrgicas (WOLFE, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com os novos estudos apresentados sobre a Miastenia Gravis, conclui-se uma possível relação da doença com o timo e a produção de autoanticorpos para AChR. Deste modo, as criações de métodos invasivos para o tratamento da doença no órgão mostraram-se efetivos, tal abordagem como a esternotomia mediana com timectomia total. Pacientes submetidos a este procedimento invasivo apresentaram redução significativa na avaliação do Escore Quantitativo da Miastenia Gravis (QMGS), representando redução das manifestações clínicas e evitando posteriores crises miastênicas. Também houve redução das dosagens de prednisona para estabelecer os mesmos escores, diminuindo assim a quantidade de efeitos adversos provenientes dessa terapia medicamentosa, ainda, a chance de terapia imunossupressora por azatioprina em pacientes submetidos à timotomia é menor. Não obstante, o procedimento cirúrgico para a abordagem da MG muitas vezes são inviáveis, visto que este possui alto valor financeiro e em grande parte dos pacientes, as manifestações clínicas limitam-se às alterações oculares, com resolução parcial a base de anticolinesterásicos e/ou corticoesteróides. Novas drogas como Ciclosporina, Ciclofosfamida e Rituximab limitam-se a casos refratários às outras terapias medicamentosas.

REFERÊNCIAS

BIZARRO, Marisa. et al. **Miastenia gravis, o diagnóstico no olhar:** relato de um caso. [S.l.]: Rev Port Med Geral Fam, 2017. v. 33, p. 402-406.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Miastenia Gravis.** Brasília, 2015.

CARVALHO, Andrezza. et al. **Miastenia grave autoimune:** aspectos clínicos e experimentais. [São Paulo]: Revista Neurociências, 2005. v. 13, p. 138-144.

GRATIVVOL, Ronnyson. et al. **Facial and bulbar muscle atrophy in acetylcholine receptor antibody-positive myasthenia gravis.** São Paulo: Arquivos Neuropsiquiatria, 2016.

KAULING, Ana Laura. et al. **Miastenia Gravis:** Relato de Dois Casos e Revisão da Literatura. Florianópolis, SC: Revista Brasileira de Anestesiologia, nov/dez. 2011. v. 61, p. 748-763.

LORENZONI, Paulo. et al. **Estudo neurofisiológico na síndrome miastênica congênita do canal lento.** Curitiba, PR: Arquivos Neuropsiquiatria, 2006. v. 64, p. 318-321.

NODA, Juliana. et al. **O efeito do treinamento muscular respiratório na miastenia grave:** revisão da literatura. São Paulo: Revista Neurociências, 2007. v. 17, p. 37-45.

OLIVEIRA, Ezequiel. et al. **Quantitative Myasthenia Gravis Score:** a Brazilian multicenter study for translation, cultural adaptation and validation. São Paulo: Arquivos Neuropsiquiatria, 2017. p. 457-463.

OLIVEIRA, Ezequiel. et al. **Brazilian-Portuguese translation, cross-cultural adaptation and validation of the Myasthenia Gravis Composite scale:** a multicentric study. São Paulo: Arquivos Neuropsiquiatria, 2016. p. 914-920.

PARK, Kee. et al. **Myasthenia gravis seronegative for acetylcholine receptor antibodies in South Korea: Autoantibody profiles and clinical features.** South Korea: Case Western Reserve University Jack Joseph and Morton Mandel School of Applied Social Sciences, 2018.

PERES, João. et al. **Rituximab in generalized myasthenia gravis: Clinical, quality of life and cost-utility analysis.** [S.l.]: Porto Biomedical Journal, 2017. v. 2, n. 3, p. 81-85.

RESQUETI, Vanessa. et al. **Confiabilidade do teste da caminhada de seis minutos em pacientes com miastenia gravis generalizada.** São Paulo: Fisioterapia e Pesquisa, jul/set. 2009. v. 16, n. 3, p. 223-228.

RESQUETI, Vanessa. et al. **Confiabilidade do teste da caminhada de seis minutos em pacientes com miastenia gravis generalizada.** São Paulo: Fisioterapia e Pesquisa, jul/set. 2009. v. 16, n. 3, p. 223-228.

SIEB, J. P. **Myasthenia gravis: an update for the clinician.** Bonn, Germany: Clinical na Experimental Immunology, 2013. v. 175, p. 408-418.

SUAREZ, Sheila. et al. **Actualización en Miastenia gravis.** Lima, Peru: Revista Neuropsiquiatria, 2017. p. 247-261.

TROUTH, Annapurni. et al. **Myasthenia Gravis: A Review.** Washington, DC: Corrado Betterle, 2012.

VILLANUEVA, L.; ORTEGA E.; QUIROGA, B. **Myasthenia gravis after kidney transplantation.** Madrid, Spain: Elsevier Espana, 2016. v. 36, n. 6, p. 705-722.

WOLFE, G. I. (Group). **Randomized Trial of Thymectomy in Myasthenia Gravis.** England: The New England Journal of Medicine, 2016. v. 375, p. 511-522.

O ENSINO DA COMUNICAÇÃO NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA

Tatiane Chaves Costa de Queiroz¹; Amanda Amália Magalhães¹; Bárbara Andressa Silva Ferreira¹; Júlia de Sousa Oliveira¹; Natalia de Fátima Gonçalves Amâncio².

¹Acadêmicos do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas;

²Doutora em Promoção da Saúde. Docente no Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas, UNIPAM, MG-BR.

E-mail para contato: tatianeccq@unipam.edu.br

RESUMO

Introdução: O componente curricular Habilidades de Comunicação compõe a matriz curricular do curso de medicina do Centro Universitário de Patos de Minas e busca desenvolver a capacidade de comunicação do aluno de modo integral, por meio de experiências, que auxiliarão no cotidiano médico. **Objetivo:** Relatar a importância das Habilidades de Comunicação na formação médica. **Relato de Experiência:** A disciplina não se fundamenta apenas na teoria, há a realização de debates que auxiliam a desenvolver a autocrítica; os Role Playing Games que representam uma oportunidade de deparar-se com situações diversas e saber lidar com estas; os cafés filosóficos que são de extrema importância para os discentes, pois os fazem repensar sobre a relação tanto médico-paciente como humana; a discussão sobre temas recorrentes na clínica médica e por fim, ainda permite correlações multidisciplinares, tendo como exemplo o INESC, em que se pode praticar as habilidades de comunicação de diversas maneiras. **Discussão:** A habilidade de comunicação deve ser treinada desde o início do curso de medicina para desenvolver a aptidão dos alunos, visto que a atuação médica exige, na maior parte dos casos, a comunicação. O desenvolvimento das aulas visa proporcionar um prévio para situações futuras, visto que por meio da memória associativa os alunos saberão como reagir a algumas situações. **Conclusão:** O componente curricular Habilidades de Comunicação é de extrema relevância na formação médica, visto que, o desenvolvimento comunicativo e a habilidade para lidar com diferentes situações representam aspectos positivos não apenas para a profissão, mas também para a vida.

PALAVRAS-CHAVE: Cotidiano médico. Habilidades de comunicação. Formação médica.

INTRODUÇÃO

O Art 3º das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (Brasil, 2001) apontam para a necessidade de formação de um médico generalista, humanista, crítico e reflexivo, capacitado para atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência. O Art 5º destaca as habilidades específicas, entre elas está a necessidade de o aluno aprender a comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares, informando-os e educando-os por meio de técnicas apropriadas.

A comunicação é uma habilidade essencial para o médico, pois ele lida diariamente com um grande número de pessoas. O desafio do processo de comunicação é conseguir fazê-lo de modo integral, tendo percepção das necessidades do paciente naquele momento e aprendendo, com as experiências, as melhores formas de executar um bom diálogo (BRASIL, 2014). Isso porque, comunicar-se é essencialmente bidirecional. Sempre que se transmite algo é esperado que se tenha uma resposta, esta será um meio de aprendizado para que o médico aperfeiçoe a habilidade de veicular informações (SILVA, 2017).

Mediante essa significância, relatar a experiência dos alunos de medicina na disciplina Habilidade de Comunicação do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM) é de grande contribuição para a comunidade acadêmica. Essa vivência se torna ainda mais importante quando se trata da metodologia ativa, pois no método de Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL) o aluno tem mais autonomia e atitude crítica no momento de executar as propostas da disciplina. (SOUZA & DOURADO 2015).

Nesse contexto, as atividades desenvolvidas em sala de aula são fundamentadas em Role Playing Games, análise de casos, filmes e palestras interativas, e visa estimular tanto o pensamento quanto a atitude crítica entre os discentes. O Role Playing Games é um método lúdico de aprendizagem por meio de simulações inventivas para construir o conhecimento (SOARES, 2016).

OBJETIVO

Relatar a importância da disciplina Habilidade de Comunicação na formação médica.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A experiência com a disciplina Habilidades de Comunicação se inicia no primeiro período de curso e se estende até o quarto período. O ensino se dá, nessa matéria, por meio de atividades multidisciplinares preparatórias ministrada por dois docentes.

As situações propostas em sala de aula requerem não só uma presença física e um raciocínio lógico, elas demandam um envolvimento emocional. Muitos alunos possuem dificuldade para se expressar, por isso, encenações, cafés filosóficos, debates e filmes voltados para a prática médica são propostos com o intuito de, em um processo gradual, despertar um envolvimento com a aula, que contribuirá para a formação médica. A timidez é referenciada como uma das maiores dificuldades, entretanto, com os estímulos semanais, a pessoa pode conseguir se desinibir e se envolver de modo que cada vez fique mais fácil o processo comunicativo.

A transmissão das informações ocorre de maneira dinâmica, por meio de Role Playing Games, análise de casos, filmes e palestras interativas. O ambiente em que se realizam essas atividades podem ser as salas de aula, os auditórios e as salas invertidas. Essa amplitude de possibilidades faz com que os alunos tenham maior interesse nessa ciência que é a comunicação, e, somado a isso, desenvolvam melhor a capacidade de comunicar-se bem.

As encenações, onde os próprios alunos representam pacientes e médicos em situações inesperadas, são primordiais nesse processo de desenvolvimento, uma vez que não só a habilidade de comunicação é testada, mas também a habilidade de saber se portar diante de situações diversas, assim como acontece na clínica médica. É unânime entre os discentes que esse método é considerado um treinamento para o desenvolvimento da habilidade de comunicação.

Os debates propõe um espaço em que todos os acadêmicos são convocados a expor opiniões mesmo que haja conflitos de pensamento. Esta estratégia visa estimular a autocrítica e respeito ao pensamento alheio.

Os cafés filosóficos são exposições de palestrantes onde são retratados temas de extrema relevância para prática clínica, como: as fases da perda e do luto. Um assunto que precisa ser destacado, pois têm uma alta carga emocional, tanto para o médico quanto para o paciente. Assim, desde os primeiros períodos do curso, deve ser trabalhado um amadurecimento e uma capacidade de lidar com situações irreversíveis e dolorosas, e saber conduzir as notícias para as famílias e amigos da maneira mais acolhedora possível.

DISCUSSÃO

A medicina é uma área intrínseca à comunicação, portanto, essa habilidade deve ser treinada desde o início do curso, como é feito Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM). Para desenvolver a aptidão dos alunos, as aulas de Habilidades de Comunicação são ministradas em vários contextos diferentes, tanto em assuntos, como em espaços.

No UNIPAM os Role Playing games são realizados por meio da confecção de scripts e atuação dos alunos em uma cena teatral. Tais eventos, segundo os autores, proporcionam um excelente treinamento para os alunos identificarem e refletirem sobre as especificidades da relação com os pacientes. Essa situação é importante, pois são abordados temas do cotidiano médico que despertam no aluno reflexão sobre as situações que serão vivenciadas por ele na prática médica futura. (SOARES, 2016).

Quando o estudante entra em contato com a cena fictícia, o cérebro dele faz “links” com as memórias que ele tem sobre o tema abordado, a partir de então, os nódulos de neurônios responsáveis por aquele núcleo de sentido reconhecem mais rapidamente os contextos da situação

e a memória associativa é utilizada (BUNOMANO, 2011). Por assim ser, quando o estudante entrar em contato com uma situação semelhante na vida real, ele recorrerá à memória associativa complementada pela Role Playing Games e saberá como reagir.

A análise de casos é feita por meio da leitura e discussão em grupos e posteriormente a exposição da opinião de um grupo aos demais e, também, aos orientadores. Essa atividade é importante, pois também estimula a memória associativa. Além disso, o debate com diferentes pontos de vista é importante para a formação de um profissional crítico e com habilidade de argumentação como é requerido pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Medicina.

Assistir filmes é, antes de tudo, uma prática de lazer e descontração que desperta o interesse dos estudantes. Essa forma de ensino se dá por meio da exibição de um filme a respeito de algo da área médica seguida de discussão entre alunos e orientadores. A partir disso, o estudante se sente motivado e independente, pois é colocado de forma central no aprendizado de modo a construir seu conhecimento com base em meios mais interessantes de disseminar informações. (SOUZA & DOURADO, 2015).

As palestras interativas acontecem em um momento em que especialistas de diversas áreas são convidados a expor seus conhecimentos e, posteriormente, são questionados pelos alunos. Dessa forma, a comunicação se dá de forma efetiva e bidirecional como deve ser, de modo a instigar os estudantes de medicina ao conhecimento por meio da pesquisa e não apenas por meio da opinião de um especialista, o que é um princípio da Medicina Baseada em Evidências (MBE) (MARGOTTO, 2015). Das experiências vivenciadas nas aulas de habilidade de comunicação e com a aplicabilidade na disciplina do INESC, pode-se presenciar o quanto a ação de ouvinte do médico diante as queixas e histórias do paciente, o fazem se sentir acolhido e a vontade para compartilhar informações que, de alguma forma, serão de proveito clínico. Assim, essa relação tem a importante capacidade de promover o estabelecimento de vínculos e a confiabilidade.

A disciplina Integração Ensino, Serviço e Comunidade (INESC) representa uma oportunidade de vivenciar a clínica médica, sendo que o aluno não tem o conhecimento limitado apenas pela teoria, mas acrescenta-se a vivência do cotidiano, e o compartilhamento de conhecimento do preceptor e também dos demais profissionais da saúde com o graduando.

CONCLUSÃO

Diante o exposto, a disciplina de habilidades de comunicação na faculdade de medicina possui uma relevância significativa. Visto que, desde o primeiro período, simulações realistas são realizadas visando o desenvolvimento comunicativo e a habilidade para lidar com diferentes situações. De forma que, as experiências, mesmo que fictícias, contribuam para a formação médica.

É possível perceber o quanto o curso de Medicina do UNIPAM busca a melhor formação de seus estudantes por meio da disciplina Habilidades de Comunicação. Isso porque, o domínio da comunicação é instigado por um método multidisciplinar que abrange até mesmo princípios da neurociência. Estes, por sua vez, são utilizados de forma exitosa pelos docentes, que promovem o conhecimento por meio da Aprendizagem Baseada em Problemas e pela Medicina Baseada em Evidências.

Dubé (2000) afirma que a efetiva comunicação, relevante para os serviços de prevenção e para a prática diária, está na base das habilidades do médico, não somente para o levantamento da história básica e demais dados, mas para a construção da relação com o paciente, na facilitação, negociação e parceria. Por fim, expor essa experiência é uma oportunidade para fazer com que mais universidades manifestem o interesse por ministrar seus cursos com a mesma maestria.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução N° 3, De 20 De Junho De 2014**. Diário Oficial da União. Brasília – DF. 2014.

BUNOMANO, Dean. **O Cérebro Imperfeito: Como as Limitações do Cérebro Condicionam as Nossas Vidas**. Elsevier Editora Ltda. São Paulo – SP. 2012.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR RESOLUÇÃO CNE/CES N° 4, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. p. 1-2. Disponível em: < <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf> > Acesso em: 28. Set. 2018.

DUBÉ, C. E.; O'DONNELL, J. F.; NOVACK, D. H. Communication skills for preventive interventions. **Acad. Med.**, v.75, n.7(Suppl.), p.545-54, 2000. Disponível em:< https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2000/07001/Communication_Skills_for_Preventive_Interventions.7.aspx > Acesso em 28. Set. 2018.

MARGOTTO, Paulo Roberto. Evidência com a experiência, novo paradigma. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**. v. 3. p. 261 – 262. Brasília – DF. 2015. Disponível em: <<https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/6488>> Acesso em: 27. Set. 2018.

S. C. SOUZA & L. DOURADO. Aprendizagem Baseada Em Problemas (Abp): Um Método De Aprendizagem Inovador Para O Ensino Educativo. **Revista Holos**. v. 5. p. 182-200. Rio Grande do Norte. 2015. Disponível em: <<http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/viewFile/2880/1143>> Acesso em: 27. Set. 2018.

SILVA, Daniela Rodrigues da. et. al. Projeto Jovem Doutor: o aprendizado prático de estudantes de medicina por meio de atividade socioeducativa. **Revista de Medicina de São Paulo**. v. 2. p.73-80. São Paulo – SP. 2017. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/download/119445/129427/>> Acesso em: 27. Set. 2018.

SOARES, Amanda Nathele. et. al. Role Playing Game (RPG) na graduação em enfermagem: potencialidades pedagógicas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Belo Horizonte – MG. 2016. Acesso em: 27. Set. 2018. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/37672> >

O PAPEL DAS AULAS DE HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO NA FORMAÇÃO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Nathália Vilela Del-Fiaco¹; Bethânia Cristhine de Araújo²; Natália de Fátima Gonçalves Amâncio³.

¹Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas - UNIPAM

²Bióloga, Professora Mestre do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas - UNIPAM

³Fisioterapeuta, Professora Doutora do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas -UNIPAM

Email para contato: nathaliavdelfiaco@gmail.com

RESUMO

Introdução: As Habilidades de Comunicação (HC) fazem parte de um Componente Curricular educativo específico, estruturado longitudinalmente no curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM. Visa desenvolver as capacidades comunicativas e as interações necessárias ao estudante, ao interno e às capacidades adequadas para o exercício da Medicina. **Objetivo:** Relatar a percepção de uma acadêmica, diante das possibilidades ofertadas nesse componente curricular, por meio do uso de algumas ferramentas para que os estudantes do curso desenvolvam competências diante das várias situações, culminando, assim, uma relação mais humana entre médico-paciente. **Relato de Experiência:** A compreensão dos temas trabalhados nas HC nos dois primeiros períodos do curso de Medicina no UNIPAM serve como base para aprimorar o conhecimento diante da realidade profissional, uma vez que auxilia os alunos a terem um olhar mais sensível e mais humano na relação direta com o paciente, sendo esse, sempre, o centro do atendimento e não mais a doença. **Resultados:** Após cumprir as HC, os estudantes se tornam mais capacitados para lidar com diversas situações ao longo de sua formação, já que desenvolvem habilidades para uma comunicação mais efetiva. Afinal, os acadêmicos aprendem diferentes formas de transmitir determinadas informações ou treinam a habilidade de escuta. **Conclusão:** Diante disso, pode-se perceber que as HC têm um papel fundamental na formação médica, pois solidificam um bom desempenho profissional e habilitam os estudantes a lidarem com diferentes realidades vinculadas ao processo de saúde e doença. Por fim, as HC contribuem para a humanização do relacionamento entre médico-paciente.

Palavras-chave: Comunicação. Ferramenta. Humanização. Relação médico-paciente.

INTRODUÇÃO

As Habilidades de Comunicação (HC) são formas de se expressar e de se comunicar algo de maneira mais humana, mais compreensível e mais respeitosa. A partir dos anos 2000, na área da saúde, foi identificada uma grande necessidade em aprimorar as formas de comunicações, principalmente, entre médicos e pacientes, para que pudesse fortalecer essa integração, além de propiciar uma humanização na atenção à saúde (LEITE et.al., 2007).

Baseadas nisso, muitas faculdades brasileiras, preocupadas em garantir melhor formação para seus discentes, passaram a adotar as HC como um componente curricular no curso de Medicina, para que formasse mais profissionais capacitados em lidar com a vida e assim sensibilizá-los diante da importância que há em uma comunicação bem realizada.

É possível perceber que, desde a adoção do Sistema Único de Saúde (SUS), as Habilidades de Comunicação vêm sendo trabalhadas de forma mais intensificada, uma vez que os profissionais da área da saúde devem colocar o paciente sempre como o centro e não mais a doença (BRASIL, 2009). Afinal, este é um processo de humanização, o que torna a comunicação como uma ferramenta indispensável.

OBJETIVO

Relatar a percepção de uma acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário Patos de Minas - UNIPAM diante da importância da prática do ensino de Habilidades de Comunicação durante as aulas, ao longo dos dois primeiros períodos da graduação. Além disto, descrever a necessidade das HC para a formação médica e para a relação humanizada entre médico-paciente.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ao longo dos dois primeiros períodos do curso de Medicina, foi disponibilizada pela faculdade uma disciplina intrigante e desconhecida para a maioria dos estudantes. O componente curricular de Habilidades de Comunicação, com o passar do tempo, foi apresentando uma nova abordagem, tendo em vista que o simples fato de saber comunicar tanto verbalmente quanto por meio de gestos poderia resultar em um grande avanço de interação e habilitar profissionais a lidarem com situações delicadas com pacientes e até mesmo com colegas de trabalho. Foi perceptível que as dinâmicas entre os grupos, juntamente com as professoras altamente qualificadas no assunto, permitiram montar cenas fictícias que simulassem a realidade de atendimento; além de promover discussões produtivas; de assistir filmes que levaram a pensamentos críticos e ouvir palestras motivadoras, cujo intuito era de incentivar e de motivar reflexões de cada aluno a respeito da necessidade de se ter uma boa habilidade para se comunicar. Essas dinâmicas como Role-play, Café Filosófico sobre “Medicina, Espiritualidade e Saúde”, “A importância do Olhar na Comunicação”, Café Filosófico sobre “A vida que vale a pena ser vivida”, discussões sobre espiritualidade no formato de Fishbowl, promoveram o desenvolvimento de certas características como sensibilidade, compaixão, empatia, paciência e, acima de tudo, respeito diante de outro ser humano, o que certamente será fundamental e será o diferencial na formação desses estudantes.

DISCUSSÃO

É possível perceber que as aulas de Habilidades de Comunicação capacitam os estudantes a lidarem com várias situações corriqueiras da realidade profissional. Já que, nota-se por meio dessas

atividades como o Role-play, filmes educativos e temas sobre Espiritualidade e Saúde conseguiram proporcionar momentos de muita aprendizagem para os alunos. Tendo em vista que as HC estimulam a interação dos estudantes com os outros colegas, além de trabalharem com a ideia de se colocarem no lugar do próximo, transferindo, assim, essa concepção para o atendimento médico, que é uma realidade que terão que enfrentar futuramente. Ao longo dessas atividades, foi perceptível o desenvolvimento de sentimentos como a compaixão, a sensibilidade e o respeito, que são fatores primordiais para uma boa formação profissional, sendo um possível destaque para ser um diferencial no meio.

Com isso, percebe-se que a formação do profissional da área médica não se concretiza com apenas o diploma resultante da finalização do curso, mas também da construção que o acadêmico irá formando ao longo da sua jornada, a fim de aprimorar o seu conhecimento e suas habilidades, tendo em vista que as HC se tornam uma base para o seu crescimento tanto pessoal quanto profissional. Amaral et al., (2008), relatam em seu estudo que é perceptível essa necessidade de haver mais profissionais habilitados para lidar com o próprio ser humano e tudo isso se concretiza baseado nas Habilidades de Comunicação conforme mostra a figura abaixo. (FIGURA 1).

FIGURA 1- Porcentagem comportamental da importância da relação médico-paciente.



Fonte: AMARAL et al., 2008.

Vale ressaltar o que diz a obra de Leite et al., (2007), sobre a relação médico-paciente ao afirmar que é

marcar uma posição contrária à ainda hegemônica ideia de que o sucesso na relação com o paciente depende de habilidades comunicacionais que emergem "naturalmente" de características pessoais "herdadas", de "carisma", trazendo, como consequência, o conceito de que a relação com o paciente, o aperfeiçoamento da comunicação com o doente não precisam ser ensinados, pois,

ou o estudante já "vem pronto de casa" ou se aperfeiçoa "na prática" - afirmações frequentemente ouvidas de docentes e estudantes nas escolas médicas.

Essas percepções que, infelizmente, ainda estão presentes na mentalidade de grande parte da população precisam ser desconstruídas, uma vez que os profissionais da saúde têm a capacidade de desenvolver essas habilidades de se comunicarem por meio de métodos, como reflexões críticas baseadas em filmes; discussões construtivas em grupos da área da saúde e dentre outros. Ao adotar essa postura, o profissional da saúde leva a Medicina para uma perspectiva além da ciência, passando a ser considerada também uma arte, afinal as próprias habilidades de comunicações permitem que o profissional se molde diante de situações delicadas, seja com paciente, seja com colegas de trabalho. Essa busca de encarar a melhor maneira em lidar com esses quadros, principalmente na relação de médico-paciente, contribui para que essa interação possa envolver mais responsabilidade e mais confiança, o que possibilita tornar toda a ação profissional uma forma mais humanística no meio de trabalho. (LOPES, 2018).

CONCLUSÃO

Com base nesse relato, pode-se perceber que as HC ultrapassam a função de apenas Componente Curricular, haja vista que elas são as bases primordiais para a formação médica, assim como para qualquer outra profissão. Isso ocorre porque, os profissionais se tornam mais habilitados para lidarem com as pessoas e com as situações mais delicadas, e assim, exercitam o trabalho de uma forma mais humanizada.

REFERÊNCIAS

AMARAL, M. X. G. do et al. Reações emocionais do médico residente frente ao paciente em cuidados paliativos. **Rev. SBPH**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p.61-86, jun.2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE - PORTARIA Nº 1.820, DE 13 DE AGOSTO DE 2009. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html> Acesso em 24/09/2018.

LEITE, Á.J.M.; CAPRARA, A.; COELHO FILHO, J.M. (Orgs.). **Habilidades de comunicação com pacientes e famílias**. São Paulo: Sarvier, 2007.

LOPES, A.C. A importância da relação médico-paciente. Sociedade Brasileira de Clínica Médica. Disponível em <<http://www.sbcm.org.br/v2/index.php/artigo/2526-a-importancia-da-relacao-medico-paciente>>. Acesso em 25/09/2018.

UROLITÍASE ASSOCIADA À OSTEOPOROSE: o que diz a literatura

Larissa Sousa Araujo¹; Natália de Fátima Gonçalves Amâncio².

¹Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas -UNIPAM

²Doutora em Promoção de Saúde. Docente no curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM, MG-BR.

RESUMO

Introdução: Distúrbios no metabolismo do cálcio vinculam-se a diversas patologias, dentre as quais estão a desmineralização óssea e a formação de cálculos. Assim, uma relação pode ser estabelecida entre a urolitíase e a osteoporose, visto que possuem a hipercalcúria como fator comum, em muitos casos, além de apresentarem-se integradas, em vários indivíduos. **Objetivos:** objetiva-se com essa revisão de literatura, determinar a inter-relação entre a urolitíase e a osteoporose como comorbidades. **Metodologia de busca:** foram realizadas buscas nas bases de dados EBSCO e Google Acadêmico, de modo que, selecionaram-se nove artigos, utilizando-os para a confecção desse trabalho. **Discussão:** Encontraram-se, na literatura, duas linhas de pesquisa. Uma delas correlaciona a osteoporose como consequência da nefrolitíase, já que tanto a apresentação de citocinas pró-inflamatórias na presença de cálculos – que, por sua vez, estão envolvidas no processo de desmineralização óssea –, quanto a dieta pobre em cálcio, em pacientes nos quais esses se formam, apontam para tal indício. Contudo, estudos desenvolvidos em Taiwan evidenciaram que, pacientes acometidos por osteoporose estão mais propensos a desenvolverem nefrolitíase que a população em geral. Portanto, insere-se, assim, o segundo viés de estudos, que indica a osteoporose como causa da formação de concreções. Nesse sentido, tem-se que a urolitíase pode ser causada pela dieta rica em cálcio associada à ingestão de calciferol, sendo que, tais suplementações estão inclusas na terapêutica para osteoporose. **Considerações finais:** ainda que os mecanismos pelos quais se inter-relacionam ambas as doenças não estejam bem elucidados, sabe-se que existe uma íntima relação entre elas.

PALAVRAS-CHAVE. Hipercalcúria. Nefrolitíase. Osteoporose. Urolitíase.

INTRODUÇÃO

A urolitíase é definida como a presença de cálculos no trato urinário, sendo estimado que, nos países desenvolvidos, 10% dos homens e 4% das mulheres entre 30 e 50 anos são acometidos por tal patologia (BILIC-CURCIC et al., 2009). Dentre as estruturas em que se pode haver a formação de concreções, os rins são os mais afetados, originando a nefrolitíase. Essa, por sua vez, apresenta-se em cerca de 5 a 15% da população, estando entre o grupo mais susceptível indivíduos do sexo masculino (3:1), de raça caucasiana e de faixa etária jovem, sobretudo entre 20 e 40 anos. (FILHO et al., 2018)

Nesse contexto, ressalta-se que aproximadamente 90% dos cálculos têm como componentes o cálcio e o ácido úrico, sendo fundamental a avaliação desses dados para estudos metabólicos (FILHO et al., 2018). Assim, dada a influência da hipercalcúria sobre a litíase, bem como a relação da primeira com a desmineralização óssea, exemplifica-se a importância desse trabalho. Por meio dele, determina-se

um paralelo entre as duas patologias, com enfoque principal sobre a nefrolitíase e a osteoporose, a que se define como um distúrbio esquelético caracterizado por: diminuição da massa e deterioração da microarquitetura óssea, que leva à piora da qualidade do osso e que, por consequência, ocasiona aumento do risco de fraturas por fragilidade. (CARVALHO et al., 2012)

OBJETIVO

Objetiva-se, por meio de uma revisão de literatura, determinar a inter-relação entre a urolitíase e a osteoporose como co-morbidades.

METODOLOGIA DE BUSCA

Para a confecção dessa revisão de literatura foram realizadas buscas nas bases de dados EBSCO e Google Acadêmico. Sendo que, utilizaram-se as palavras “urolitíase”, “nefrolitíase”, “osteoporose” e “tratamento” para a procura dos trabalhos, a qual ocorreu no período de setembro a outubro de 2018. Ademais, após análise dos resultados, selecionaram-se nove artigos, nas línguas portuguesa e inglesa.

DISCUSSÃO

Estudos indicam que até 60% dos casos idiopáticos de urolitíase apresentam a elevada excreção de cálcio como fator associado. Além disso, pesquisas demonstraram que a hipercalciúria idiopática representa um dos contribuintes subclínicos mais relevantes para perda óssea, presente em cerca de 35% dos pacientes inicialmente diagnosticados com osteoporose primária. (CAUDARELLA et al., 2004). Aliando esses dados, depreende-se que o distúrbio do metabolismo de cálcio pode ser um fator importante tanto para a determinação de litíase, quanto para a perda da densidade mineral óssea (DMO). (MANSOUR et al., 2018)

Diante disso, foram encontrados, na literatura, dois vieses de pensamento, que inter-relacionam ambas as patologias. Um deles se refere à urolitíase como fator que propiciaria a osteoporose. Isso porque, pacientes com nefrolitíase têm níveis de marcadores inflamatórios significativamente mais altos, os quais demonstram importante função na reabsorção óssea. Assim, níveis séricos elevados de interleucina-1 (IL-1), interleucina-6 (IL-6) e fator de necrose tumoral- α (FNT- α) podem influenciar a ativação de osteoclastos e acionar um mecanismo prostaglandina dependente. Por outro lado, a produção de citocinas não aumentou em experimento com cultivo de células de indivíduos normais, o que fortalece o proposto por essa linha de abordagem. (MANSOUR et al., 2018)

Ainda, explica-se a associação de ambas as patologias, por meio do fato de que é comum haver a prescrição dietética pobre em cálcio em pacientes com litíase, o que realiza um balanço negativo do primeiro, contribuindo, assim, para depleção da DMO. Nesse contexto, alguns autores afirmam haver menor risco de formação de cálculos na presença de ingestão normal de cálcio, que de forma possível infere-se ser devido à conseqüente redução da absorção intestinal de oxalato, o que reduz, por conseguinte, a produção de pedras de cálcio-oxalato. (CAUDARELLA et al., 2004) (LUCATO et al., 2016)

Entretanto, a outra corrente de pesquisa apoia que, a litíase seria, na verdade, induzida pelas alterações metabólicas presentes na osteoporose. Isso porque, análises indicam que as altas concentrações de minerais na urina, que originam cálculos, ao precipitarem-se, são, provavelmente, oriundas do processo de reabsorção óssea em pacientes com redução da DMO. Além disso, um estudo de caso controle realizado em Taiwan demonstrou que, indivíduos primeiramente diagnosticados com osteoporose – caso – foram mais acometidos por nefrolitíase que aqueles do grupo controle, o qual possuía indivíduos hígidos; indicando, desse modo, uma relação de causalidade entre uma e outra. Associado a esse fator, tem-se que a presença de nefrolitíase relacionada ao consumo aumentado de suplementos de cálcio foi demonstrada em um estudo, no qual a prevalência foi de 17% em casos nos quais a ingestão dietética era superior a 2.000 mg, e integrada à utilização concomitante de vitamina D. O dado anterior possui intrínseca relação com a comorbidade de nefrolitíase e osteoporose, uma vez que se tratam de medidas comuns no tratamento da última. (CARVALHO et al., 2012) (KELLER et al., 2012) (CHOU et al., 2014)

Finalmente, quanto à terapêutica, os diuréticos tiazídicos reduzem a hipercalcúria nos túbulos renais e, além disso, promovem a diferenciação dos osteoblastos, sendo, por isso, importantes na prevenção e na terapêutica de ambas as patologias. Ademais, os bisfosfonatos, drogas usadas em casos de osteoporose, mostram o potencial de inibir a formação de cálculos de cálcio. (PINHEIRO, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, os mecanismos pelos quais se inter-relacionam a urolitíase e a osteoporose não estão bem elucidado. No entanto, pesquisas comprovam a íntima relação de ambas as patologias, sobretudo quando associadas à hipercalcúria idiopática. Sendo assim, fazem-se necessários mais estudos, a fim de que o assunto seja completamente elucidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BILIĆ-CURČIĆ, I. et al. Urolithiasis and osteoporosis: clinical relevance and therapeutic implications. **Collegium Antropologicum**, dez. 2009. v. 33 Suppl 2, p. 189–192. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=20120412&lang=pt-br&site=ehost-live>>. Acesso em: 24 set. 2018.

CARVALHO, Mauricio; KULAK, Carolina Aguiar Moreira; BORBA, Victória Zegbi Cochenski. Prevalência de hipercalcúria em mulheres na pós-menopausa com osteoporose. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 56, n. 1, p. 1-5, 2012.

CAUDARELLA, R. et al. Osteoporosis and urolithiasis. **Urologia Internationalis**, 2004. v. 72 Suppl 1, p. 17–19. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=15133327&lang=pt-br&site=ehost-live>>. Acesso em: 24 set. 2018.

CHOU, P.-S. et al. Osteoporosis and the risk of symptomatic nephrolithiasis: a population-based 5-year follow-up study in Taiwan. **Calcified Tissue International**, out. 2014. v. 95, n. 4, p. 317–322. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=25118878&lang=pt-br&site=ehost-live>>. Acesso em: 24 set. 2018.

KELLER, J. J. et al. Association between osteoporosis and urinary calculus: evidence from a population-based study. **Osteoporosis International: A Journal Established As Result Of Cooperation Between The European Foundation For Osteoporosis And The National Osteoporosis Foundation Of The USA**, fev. 2013. v. 24, n. 2, p. 651–657. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=22592810&lang=pt-br&site=ehost-live>>. Acesso em: 24 set. 2018.

LUCATO, P. et al. Nephrolithiasis, bone mineral density, osteoporosis, and fractures: a systematic review and comparative meta-analysis. **Osteoporosis International: A Journal Established As Result Of Cooperation Between The European Foundation For Osteoporosis And The National Osteoporosis Foundation Of The USA**, nov. 2016. v. 27, n. 11, p. 3155–3164. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=27289533&lang=pt-br&site=ehost-live>>. Acesso em: 24 set. 2018.

MANSOUR, A. et al. Association between low bone mass and the serum RANKL and OPG in patients with nephrolithiasis. **BMC Nephrology**, 11 jul. 2018. v. 19, n. 1, p. 172. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=29996796&lang=pt-br&site=ehost-live>>. Acesso em: 24 set. 2018.

PINHEIRO, Marcelo M.; SZEJNFELD, Vera L. Tratamento da osteoporose.

RODRIGUES FILHO, Sérgio Antônio Saldanha; DE MENEZES FILHO, Jonas Rodrigues; DO NASCIMENTO, Gabrielle Alessandra Socorro. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DE PACIENTES COM NEFROLITÍASE ATENDIDOS NO SERVIÇO DE UROLOGIA DA FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE NOS ANOS DE 2010 A 2012 NA CIDADE DE MANAUS-AMAZONAS. **Revista de Ciências da Saúde da Amazônia**, n. 1, p. 39-49, 2018.

VITILIGO ASSOCIADO À MELASMA: Uma Revisão de Literatura

Alyssa de Pinho Freire¹; Laura Fernandes Ferreira¹; Karine Cristine de Almeida².

¹Acadêmicas do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas –UNIPAM,

²Docente do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM.

Email para contato: alyssafreire3005@gmail.com

RESUMO

Vitiligo é uma afecção cutânea, caracterizada pela destruição de melanócitos por células TCD8+, e consequente perda da melanina. O melasma é caracterizado por máculas acastanhadas, mais ou menos escuras, de contornos irregulares e limites nítidos, que afeta áreas foto-expostas da pele, sendo mais comum em mulheres. O objetivo deste trabalho foi analisar os dados presentes na literatura sobre o aparecimento de vitiligo e melasma de forma concomitante e suas implicações psicológicas nos portadores dessas doenças. Trata-se de uma revisão bibliográfica nas bases de dados Scielo e EBSCO sobre o tema de vitiligo associado à melasma, com o foco na semelhança de ambas as doenças e na repercussão das mesmas sobre o psicológico dos pacientes. O vitiligo e o melasma são distúrbios pigmentares que possuem características clínicas diferentes, entretanto possuem algumas causas e formas de tratamento semelhantes. Ambos causam lesões dermatológicas que podem permanecer por muito tempo e por isso, gerar queda na autoestima do paciente. Apesar do objetivo da terapêutica do vitiligo e do melasma serem diferentes, ambos utilizam o laser como método para amenizar as manchas provocadas. Pacientes com vitiligo e melasma associados respondem ao tratamento de forma mais rápida e eficaz, principalmente em relação a repigmentação na face e membros com UVB de banda estreita. Apesar de não serem patologias incapacitantes, pacientes diagnosticados com essas doenças apresentam alterações psicológicas, incluindo baixa auto-estima e queda na qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Alterações Psicológicas. Melasma. Vitiligo.

INTRODUÇÃO

A palavra vitiligo é derivada do grego *Vitellius*, que significa "manchas brancas de um bezerro" e é traduzido por uma perda de pigmentação adquirida, caracterizada histologicamente, pela ausência de melanócitos epidérmicos (VIZANI et al., 2014). Segundo Silva et al. (2007) o vitiligo é uma doença adquirida, caracterizada pela destruição de melanócitos (células dendríticas) por células TCD8+ e consequente pela perda da melanina. Hann et al. (2000) sugere uma classificação do vitiligo em generalizado e segmentar facial, com cinco subtipos.

Essa doença afeta cerca de 1% da população, sem diferença entre raça ou sexo, podendo surgir em qualquer idade, embora seja mais comum na infância e em adultos jovens (DUARTE; BUENSE, 2016). Alguns fatores etiológicos foram propostos para explicar o processo de despigmentação, como deficiência de fatores de crescimento dos melanócitos, defeito intrínseco na estrutura, função dos melanócitos, fatores genéticos e estresse oxidativo por alteração mitocondrial (STEINER, et.al. 2004).

O vitiligo não leva à incapacidade funcional, mas causa grande impacto psicossocial. Pode ser desfigurante, influenciando negativamente na autoestima dos pacientes, sobretudo nos casos extensos e em pessoas de pele escura. Há queixas de discriminação social, sendo que muitas vezes os portadores de vitiligo chegam a ser estigmatizados (SILVA, et al., 2006).

Segundo Mascena (2016), o melasma é caracterizado por máculas acastanhadas, mais ou menos escuras, de contornos irregulares e limites nítidos, que afeta áreas foto-expostas da pele, sendo mais comum em mulheres. Estudos relataram que os homens representam apenas 10% dos casos (NICOLAIDOU; KATSAMBAS, 2014).

No tocante à etiologia da melasma, a literatura descreve os fatores que podem influenciar o seu aparecimento em genéticos, hormonais, ambientais e étnicos. Os fatores genéticos e os étnicos contribuem bastante para a patologia da doença, fato comprovado pela alta incidência da melasma entre pessoas da mesma família, e pelo fato da dermatose ser mais comum entre latinos (NEWMANN, 2011).

Embora sejam doenças distintas, existem pacientes que apresentam ambas ao mesmo tempo. Os pacientes com vitiligo associado ao melasma têm um prognóstico significativamente melhor para a repigmentação na face e membros com raios ultravioleta do tipo B (UVB) de banda estreita em comparação com pacientes que apresentam apenas o vitiligo. Verifica-se na literatura que os pacientes com vitiligo-melasma atingem a repigmentação muito mais cedo e também atingem um nível maior de repigmentação (SHARMA, et al, 2011).

OBJETIVO

Este trabalho tem por objetivo analisar os dados presentes na literatura sobre o aparecimento de vitiligo e melasma de forma concomitante, identificando a percepção psicológica dos pacientes acometidos por essas patologias.

MEDOLOGIA DE BUSCA

Para a realização desse trabalho, foi realizada uma revisão bibliográfica por meio da busca de artigos que aprofundavam o tema de vitiligo e melasma associados. Foram utilizadas as bases de dados Scielo e EBSCO, por meio de uma pesquisa combinada com palavras-chave: “vitiligo”, “melasma”, “psicológico”, “causas” e “tratamento”. Foram selecionados 16 artigos nas bases de dados citadas os quais foram lidos de forma a reconhecer a relação entre o vitiligo e o melasma e o aparecimento de ambos de forma concomitante em um mesmo paciente. Dentre esses, 3 foram descartados e 13 permitiram identificar as referências.

DISCUSSÃO

O vitiligo é doença de pele de causa desconhecida que acomete cerca de 1% da população, comprometendo de modo semelhante homens e mulheres, preferencialmente entre 10 e 30 anos de idade. Tradicionalmente existem três hipóteses básicas para explicar o vitiligo: hipótese neural, da auto-destruição e imunológica (STEINER, et al., 2004).

O melasma é uma doença caracterizada por máculas marrons e simétricas que aparecem predominantemente na face e acometem principalmente mulheres (PASSERON, 2012). Muitas mulheres desenvolvem esta condição durante a gestação e, na maioria dos casos, a condição desaparece após o parto (STEINER et al., 2009). A origem da hiperpigmentação está relacionada à elevação sérica dos hormônios melanotrófico, estrogênio e, possivelmente, da progesterona, especialmente no terceiro trimestre da gestação (NEWMANN, 2011).

A literatura descreve três tipos de melasma: epidérmico, dérmico e misto, conforme o local de depósito deste pigmento, a maioria com padrão misto. No epidérmico, a concentração maior de melanócitos e melanina ocorre na camada basal e epiderme, proporciona uma coloração acastanhada à pele, com um aumento da melanina nos melanócitos e queratinócitos da epiderme. No melasma dérmico o pigmento encontra-se na derme dentro dos melanófagos, possui nuances variando do castanho ao azulado, às vezes até acinzentado, em razão do aumento de melanina nos macrófagos da derme (SOUZA; GARCEZ, 2005).

Ainda que a etiologia do vitiligo seja desconhecida, várias teorias relacionam sua patogênese a fatores genéticos, autoimunidade, toxinas derivadas dos melanócitos e influências neurais. Fatores precipitantes, como o estresse, a exposição solar intensa e a exposição a alguns pesticidas, parecem estar correlacionados ao aparecimento da dermatose (SILVA, et al., 2007).

Há inúmeros fatores envolvidos, na etiologia de melasma, porém nenhum deles pode ser responsabilizado isoladamente pelo seu desenvolvimento. Dentre estes se tem: influências genéticas, exposição à raios UV, gravidez, terapias hormonais, cosméticos, drogas fototóxicas, endocrinopatias, fatores emocionais, medicações anticonvulsivantes e outros com valor histórico. Porém, a predisposição genética e a exposição às radiações solares desempenham um papel importante, tendo em vista que as lesões de melasma são mais evidentes, durante ou logo após períodos de exposição solar (MIOT, et al., 2009).

O tratamento de melasma tem como principal objetivo o clareamento das lesões e a prevenção e redução das áreas afetadas, com o menor efeito colateral possível. Alguns princípios ativos despigmentantes são destinados a clarear a pele com manchas e ocorrem por diferentes mecanismos de ação, que estão ligados à interferência na produção de melanina ou à transferência

da mesma. Os mais utilizados são *peelings*, substâncias tópicas e injetáveis, laser e luz pulsada (MASCENA, 2016).

Já a escolha do tratamento do vitiligo dependerá da extensão da doença, da cor da pele e da avaliação do estado psicológico do paciente. O principal modo é impulsionar a produção de pigmentação nas áreas lesadas da pele. Dessa maneira, utiliza-se glicocorticóides (Betametasona ou Dexametasona), imunomoduladores (Tacrolimo e Pimecrolimo), Terapia Sistêmica e Tópica, laser, UVB de banda estreita, microfototerapia UVB, luz monocromática UVB, entre outros (LUZ, et al., 2014).

Os pacientes que apresentam as duas doenças ao mesmo tempo possuem um prognóstico significativamente melhor para a repigmentação na face e membros com UVB de banda estreita em comparação com pacientes com vitiligo não associado ao melasma. Os pacientes com vitiligo-melasma atingem a repigmentação muito mais cedo e também atingem um nível maior de repigmentação. Relacionado às lesões tronculares, os pacientes com vitiligo sozinho responderam melhor ao tratamento que aqueles em que ambas as condições coexistem, embora a repigmentação neste grupo tenha seu início mais precocemente (SHARMA, et al., 2011).

Várias dermatoses geram impacto no estado emocional, nas relações sociais e nas atividades cotidianas dos pacientes, em razão dos estigmas causados pela aparência das lesões (FINLAY, 1994). A análise da percepção dos pacientes acometidos sobre o vitiligo permite caracterizá-la como uma doença característica do ser humano, que pode possuir fatores emocionais em seu desencadeamento e progressão, sendo capaz de provocar abalos psicológicos no que se refere à autoestima do indivíduo (BU; ALEXANDRE; COUTINHO, 2017).

Dos pacientes que desenvolvem distúrbios na pele, como o vitiligo e o melasma, estima-se que cerca de um terço sofrem de problemas emocionais e psicológicos. Isso ocorre em decorrência ao aspecto das lesões, por permanecerem visíveis, problema esse que afeta o relacionamento pessoal, social e profissional do paciente ao se relacionar com outras pessoas (ABDEL-HAFEZ et al., 2009; AVRAM et al., 2008; FINLAY et al., 2012).

Outro aspecto relevante é o diagnóstico da doença. Quando as pessoas recebem o diagnóstico de vitiligo, alguns não têm ideia do que se trata, outros conhecem a doença somente pela mídia. O momento do diagnóstico pode ainda vir acompanhado de palavras desanimadoras, ditas pelos próprios médicos (SZABO; BRANDRAO, 2016). Já as pacientes que receberam diagnóstico clínico de melasma, principalmente as grávidas, apresentam queda da qualidade de vida (PURIM; AVELAR, 2012).

CONCLUSÕES

Vitiligo e melasma são doenças cutâneas que, apesar de terem aspectos clínicos diferentes, apresentam causas e tratamentos semelhantes. A etiologia do vitiligo e do melasma têm em comum fatores genéticos, toxinas, influências neurais, fatores emocionais e a exposição à raios UV.

Apesar do objetivo da terapêutica do vitiligo e do melasma serem diferentes, ambos utilizam o laser como método para amenizar as manchas provocadas. Pacientes com vitiligo e melasma associados respondem ao tratamento de forma mais rápida e eficaz, principalmente em relação a repigmentação na face e membros com UVB de banda estreita. Ainda que o prognóstico seja mais favorável, os efeitos psicológicos causados por essa combinação são maiores, se comparados com as doenças de forma isolada. Isso ocorre em decorrência ao aspecto das lesões que permanecem visíveis, o que afeta a autoestima do paciente e, então, seus relacionamentos pessoais.

Para o paciente receber o diagnóstico dessas doenças é complicado, porque algumas pessoas não têm ideia do que se tratam, outras a conhecem somente pela mídia e, em relação ao melasma, a maioria dos acometidos são grávidas, que ao descobrirem que têm a doença, apresentam queda da qualidade de vida. A descoberta da coexistência de ambas é ainda mais delicada.

REFERÊNCIAS

BU, E. A.; ALEXANDRE, M.E.S; COUTINHO, M.P.L. Representações sociais do vitiligo elaboradas por Brasileiros marcados pelo branco. **Psic., Saúde & Doenças** vol. 18, Lisboa, 2017.

BUDEL, A. R. et al. **Associação entre vitiligo e doenças auto-imunes: prevalência no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba**. Arquivos Catarinenses de Medicina, vol. 35, nº 1, 2006.

BYRNE, K. T. et al. **Autoimmune Vitiligo Does Not Require the Ongoing Priming of Naïve CD8 T Cells for Disease Progression or Associated Protection against Melanoma**. Journal of immunology, Baltimore, Md. : 1950, 192.4 (2014): 1433–1439. PMC. Web. 30 Sept. 2018.

DUARTE, I; BUENSE, R. **Vitiligo- Revisao**. Revista Brasileira de Medicina, 2016.

FINLAY, A.Y.; KHAN, G.K. **Dermatology life quality index (DLQI) - a simple practical measure for routine clinical use**. Clin Exp Dermatol, 1994.

MASCENA, Thereza Cristyna Feitosa. **Melasmata e suas principais formas de tratamento**. Recife, 2016. Disponível em: <https://www.cceursos.com.br/img/resumos/melasmata-e-suas-principais-formas-de-tratamento.pdf>. Acesso em: 29/09/2018.

MIOT, L.D.B., et.al. **Fisiopatologia do melasma**. An Bras Dermatol. 2009.

PASSERON, T. **Melasma pathogenesis and influencing factors- an overview of the latest research**. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 2012.

PURIM, K.S.M; AVELAR, M.S.F. **Fotoproteção, melasma e qualidade de vida em gestantes**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria, 2012.

SHARMA, P. **Response to Narrow-Band UVB — Vitiligo-Melasma Versus Vitiligo.** American Journal of Clinical Dermatology, 2011.

SILVA, C. M. R et al. Vitiligo na infância: características clínicas e epidemiológicas. An. Bras. Dermatol, vol. 82, n. 1, p. 47-51, 2007.

SOUZA, R.A.; GARCEZ, C.E. **Temas de Medicina Estética.** 5.ed. Porto Alegre: IAAM/ASIME, 2005.

SZABO, Iolanda; BRANDAO, E.R. “Mata de tristeza!”: representações sociais de pessoas com vitiligo atendidas na Farmácia Universitária da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400953&lang=pt#. Acesso em: 03/10/2018.

TEMA: Ginecologia e Obstetrícia

Um olhar sobre a violência obstétrica

Bianca Caribé Araújo¹; Elvis Vieira da Silva¹; Melina Cury Vilela¹; Laís Moreira Borges Araujo².

¹Acadêmicos do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas;

² Docente pelo curso de Medicina do Centro Universitário Patos de Minas. Doutoranda em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca.

E-mail para contato: caribebianca6@gmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: A violência obstétrica é definida como atos desrespeitosos, assédio moral e físico, negligência e abuso cometidos contra gestantes. Isso causa diversos impactos nas mulheres, tanto no âmbito físico, como no psicológico. Por isso, ressalta-se a importância de uma assistência humanizada como forma de melhorar o tratamento com as mulheres, respeitar seus desejos e cultura, e, assim, diminuir a ocorrência de atos violentos. **OBJETIVO:** Analisar a produção científica nacional acerca dos temas Violência Obstétrica, Parto Humanizado e Formação dos profissionais de saúde. **METODOLOGIA:** Revisão de literatura sobre a violência obstétrica. A busca se deu durante o mês de setembro de 2018 por meio do banco de dados da LILACS e da SCIELO. Dos 17 artigos encontrados, 10 foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão. **DISCUSSÃO:** A violência obstétrica tem caráter multifatorial e multidimensional, por isso há diversas formas de apresentação desse fenômeno, como violência institucional do tipo psicológica, estrutural, física, verbal, moral, discriminatória e sexual. Desse modo, entende-se que formação humanizada dos profissionais de saúde constitui importante ferramenta para a diminuição da violência obstétrica, já que a humanização visa garantir uma assistência menos intervencionista e com condutas baseadas em evidência sobre riscos e benefícios das intervenções para a saúde da mulher e do bebê. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As implicações decorrentes da violência obstétrica configuram grandes impactos negativos nas dimensões psicossociais e físicas da mulher. Assim, a humanização da assistência a parturientes se torna alternativa imprescindível para que se consiga minimizar os abusos cometidos a elas.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização da assistência. Saúde da mulher. Violência contra a mulher.

INTRODUÇÃO

A violência obstétrica é definida como atos desrespeitosos, assédio moral e físico, negligência e abuso cometidos contra gestantes, parturientes e puérperas (RODRIGUES, 2017). As consequências para as mulheres que sofreram violência obstétrica são diversas e abrangem tanto a dimensão biopsicossocial, como vergonha, medo, angústia e trauma em gestações futuras, como a dimensão física, que envolve inflamações e dores persistentes devido a intervenções médicas desnecessárias (CARNEIRO, 2015).

A partir da compreensão das repercussões físicas e psicológicas da violência obstétrica na vida da mulher, torna-se necessária uma abordagem humanizada do parto, de modo que a gestante tenha suporte emocional e apoio durante o processo (BARBOSA, 2017). As propostas de humanização visam garantir uma assistência menos intervencionista e com ações pensadas cientificamente sobre riscos e benefícios de determinadas práticas para a saúde da mãe e do bebê. Além disso, a mulher é estimulada a ter participação ativa nas decisões que envolvem seu próprio corpo, de maneira que seus desejos, suas crenças e sua cultura sejam respeitados na hora do parto (PEDROSO, 2017).

Para a realização plena de um processo de parto humanizado é necessária a formação de profissionais de saúde conscientes do problema e dispostos a intervir sempre a favor da paciente. Isso possibilita o acolhimento, a escuta da gestante e o protagonismo da mulher no parto (SOUZA, 2016). Assim, a assistência humanizada à mulher no momento do parto compreende um conjunto de atitudes éticas e solidárias, o que propicia um vínculo médico-paciente saudável e transmite segurança e apoio às mulheres (RODRIGUES, 2017).

OBJETIVO

Analisar a produção científica nacional acerca dos temas Violência Obstétrica, Parto Humanizado e Formação dos profissionais de saúde.

METODOLOGIA DE BUSCA

O presente estudo consiste em uma revisão de literatura sistemática sobre a violência obstétrica, prática prevalente contra gestantes e sua relação com a humanização da assistência no trabalho de parto e parto. Foram selecionados artigos dos bancos de dados da LILACS e SCIELO. A busca foi realizada durante o mês de setembro de 2018, com os seguintes descritores: “parto humanizado”, “saúde da mulher”, “violência”. Foram considerados estudos publicados no período compreendido entre os anos de 2013 a 2018.

Foram encontrados 17 artigos dos quais foram lidos os títulos e resumos publicados. Como critérios de inclusão, foram considerados artigos originais, que abordassem o tema pesquisado e permitissem acesso integral ao conteúdo do estudo, sendo excluídos aqueles estudos que não obedeceram aos critérios de inclusão supracitados ou apareceram de forma repetida nas duas plataformas de pesquisa.

Após leitura criteriosa das publicações, 7 artigos não foram utilizados devido aos critérios de exclusão. Dessa forma, 10 artigos foram utilizados e analisados no presente estudo (Tabela 1).

RESULTADOS

A investigação da produção bibliográfica a respeito da violência obstétrica e a influência da humanização da assistência na diminuição de sua prática ocorreu a partir das bases de dados da LILACS e SCIELO. Nelas foram encontradas 10 publicações que se enquadravam nos critérios de inclusão estabelecidos. As evidências expressas nos artigos incluídos na revisão encontram-se na Tabela 1.

O delineamento de pesquisa foi variável, desde revisões de literatura com relatos de experiência e pesquisas com amostras variáveis de indivíduos.

Tabela 1 - Síntese dos estudos referente a violência obstétrica e parto humanizado.

ESTUDO	PRINCIPAIS ACHADOS
Violência institucional durante o processo parturitivo no Brasil: revisão integrativa (2017)	<ul style="list-style-type: none"> - Principais formas de ocorrência da violência obstétrica, suas respectivas prevalências e consequências. - Visão da paciente, profissionais da saúde e acompanhantes.
À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre- RS (2017)	<ul style="list-style-type: none"> - Modelo humanizado. - Visão dos profissionais e parturientes sobre as intervenções no trabalho de parto e parto e seus efeitos.
O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde (2016)	<ul style="list-style-type: none"> - Formas de violência obstétrica identificadas na voz de gestantes e profissionais de saúde. - Visão pessimista do médico sobre discussão do tema com o termo “violência obstétrica”. - Necessidade de humanização da assistência e sua importância.
Will you give birth in pain? Integrative review of obstetric violence in Brazilian public units Parirás na dor? Revisão integrativa da violência obstétrica em unidades públicas brasileiras (2016)	<ul style="list-style-type: none"> - Relação com profissionais da saúde. - Perfil populacional mais acometido com tal prática. - Tipos e exemplos de violência obstétrica.
Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas (2016)	<ul style="list-style-type: none"> - Pressupostos da assistência humanizada ao parto.
Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura (2016)	<ul style="list-style-type: none"> - Conceito de violência obstétrica e suas implicações. - Conceito violência institucional.
Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha (2016)	<ul style="list-style-type: none"> - Atendimento integral e humanizado. - Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)
A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico (2015)	<ul style="list-style-type: none"> - A peregrinação como tipo de violência obstétrica e suas consequências.
“Para chegar ao Bojador, é preciso ir além da dor”: sofrimento no parto e suas potencialidades (2015)	<ul style="list-style-type: none"> - Repercussões da violência obstétrica nas diversas dimensões da mulher parturiente.
Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção (2014)	<ul style="list-style-type: none"> - Breve histórico mundial e brasileiro acerca da prática da violência obstétrica. - Identificação de categorias de desrespeito e abusos, exemplificando-as. - Relação com a formação médica. - Relação com morbimortalidade materna. - Propõe prevenção.

Fonte: Dados do estudo

DISCUSSÃO

A análise do conjunto de estudos permite reconhecer o caráter multifatorial e multidimensional da violência obstétrica. Há diversas formas de apresentação desse fenômeno, sejam elas violência institucional do tipo psicológica, estrutural, física, verbal, moral, discriminatória e sexual (SOUZA, 2016; MARTINS, 2016).

De acordo com Marreo (2018), a violência institucional inicia-se antes da hospitalização com a peregrinação da parturiente, caracterizando uma violência estrutural e prolonga-se até o parto com a ocorrência das outras variações de violência contra a mulher em trabalho de parto e parto, sendo que, na maioria dos casos, há ocorrências concomitantes de mais de um tipo de violência.

As violências psicológica e verbal se associam ao uso de comentários com a intenção de denegrir a mulher e negar sua autonomia durante o período do parto. São identificados julgamento e culpabilização da mulher, xingamentos, hostilidades e gritos, abuso verbal, humilhação das mulheres grávidas, palavras, expressões de ironia, comentários desrespeitosos, reprimendas e ameaças de abandono (MARTINS, 2016). Para Marreo (2018), o empecilho da presença do acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e parto foi o principal motivo do sentimento de violação e também gerou insegurança, medo e solidão, fazendo com que a experiência se transformasse em violenta, desagradável e sofrida.

A violência estrutural foi descrita como falta de acesso das mulheres a serviços substanciais e a peregrinação das mesmas em diferentes maternidades para receber atendimentos. Quando se consegue o suporte as gestantes podem se deparar com a inadequação da estrutura física das instituições para o atendimento, a imposição de rotinas institucionais que não levam em consideração as necessidades e direitos das parturientes e déficit de pessoal para prestar o atendimento digno e de qualidade no parto. A baixa qualificação da equipe assistencial, o conflito entre classes profissionais e a deficiência de recursos materiais para o auxílio ao parto também foram apontados como esse tipo de violência (MARTINS, 2016; MARREO, 2018).

A violência física foi caracterizada como prática obstétrica não recomendada pelas evidências científicas (MARREO, 2018). Martins (2016) complementa como formas de manifestação desse tipo de abuso o recebimento de autorização para intervenções com base em informações limitadas ou distorcidas, como mentir para a paciente quanto à sua dilatação ou vitalidade fetal, forjando indicações que não são verdadeiras tais como macrossomia fetal, mecônio, circulares cervicais, desproporção cefalopélvica, para indicar cesariana devido a interesses pessoais, a negação de informações à mulher sobre sua condição e sobre a evolução do parto e a manipulação da mulher sem orientação prévia dos cuidados realizados ou mesmo a realização de procedimentos sem o consentimento da mulher.

Por violência moral identifica-se a violência mais associada às condutas profissionais. São exemplos dessa forma de violência: o não reconhecimento da mulher como elemento do parto e a colocação do médico nesse lugar, cabendo a ele a autoridade, responsabilidade e a condução ativa desse processo, controlando e se apropriando desse evento, reforçando o nascimento não como uma experiência fisiológica, mas como um evento de riscos potenciais (MARTINS, 2016).

A violência discriminatória é motivada pela classe social da mulher, mesmo que descrita em menor percentual (MARREO, 2018). Segundo Martins (2016), mulheres pobres, negras, menos escolarizadas, queixosas ou pouco colaborativas e sem acesso aos serviços essenciais de saúde, incluindo o pré-natal, estão mais expostas a abusos por parte dos profissionais de saúde.

A violência sexual não foi descrita na maioria dos estudos analisados, no entanto uma referência para violência sexual presente na literatura, são as falas coercitivas e moralistas de conteúdo sexual no momento do parto (MARTINS, 2016).

O modelo humanizado surge no próprio Ocidente como um movimento de reação aos excessos da tecnocracia, apresentando uma concepção holística do corpo e da gravidez, novas formas de vivenciar o parto, e que, conseqüentemente, passa a disputar o seu lugar de legitimidade no campo biomédico (PEDROSO, 2017). Traz a ideia de conexão da gestante com múltiplos aspectos pessoais, do seu corpo, família, sociedade, saúde e com os profissionais de saúde, e reconstrói uma noção fisiológica do parto (PEDROSO, 2017).

Este modelo de cuidados permite às mulheres familiaridade e tranquilidade com o processo de nascimento e tem como meta a redução das taxas de cesáreas e morbimortalidade materna e perinatal, consideradas problema de saúde pública, uma vez que o uso excessivo de tecnologias vem causando mais danos do que benefícios à mulher e ao bebê (BARBOSA 2016).

A formação dos profissionais de saúde, em especial dos médicos, tem papel determinante no desenho atual da assistência e na resistência à mudança. O conjunto da educação dos profissionais tem sido alvo de críticas pela dificuldade de prepará-los com formação humanista. Com isso, a relação deixa de ser entre humanos e passa a ser uma relação sujeito-objeto, do médico com a doença (DINIZ, 2015).

Segundo Souza (2016), humanizar a relação profissional de saúde-usuário e os serviços de saúde exige profundas transformações da formação e da valorização de novos saberes; aquisição de uma postura mais próxima da equipe com os usuários; rediscussão do modelo excessivamente biológico da medicina; e adoção de maior responsabilidade política e ideológica dos gestores. Além da teoria, a humanização deve ser praticada na relação entre professores e alunos e alunos e instituição de ensino, assim, é possível não só garantir a humanização na prática, mas também no decorrer do ensino. A prática da humanização na formação de profissionais de saúde é importante para a

prevenção e diminuição no índice de ocorrências de violência obstétrica, pois possibilita o acolhimento, a escuta da gestante e o protagonismo da mulher no parto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As implicações decorrentes da violência obstétrica configuram grandes impactos negativos, individuais e, portanto, impresumíveis na vida de cada mulher de modo que alcançam dimensões psicossociais e físicas. Propostas de humanização da prática médica devem ser abordadas desde o início acadêmico objetivando a sua aplicação futura que, por conseguinte, contribuirá para uma melhor relação médico-paciente. Visto isto, o modelo de humanização da assistência a parturientes se torna alternativa imprescindível para que se consiga minimizar e/ou abolir abusos banalizados e imperceptíveis pela má formação médica.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, Luara de Carvalho; FABBRO, Márcia Regina Cangiani; MACHADO, Geovânia Pereira dos Reis. Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas. **Rev.enferm.**, Bogotá , v. 35, n. 2, p. 190-207, ago. 2017.
- CARNEIRO, Rosamaria. “Para chegar ao Bojador, é preciso ir além da dor”: sofrimento no parto e suas potencialidades. **Sex., Salud Soc. (Rio J.)**, Rio de Janeiro , n. 20, p. 91-112, Ago. 2015.
- DINIZ, S. G. *et al.* Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo , v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015.
- MARRERO, Lihsieh; BRUGGEMANN, Odaléa Maria. Violência institucional durante o processo de parturição no Brasil: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 71, n. 3, p. 1152-1161, maio de 2018.
- MARTINS, Aline de Carvalho; BARROS, Geiza Martins. Você vai dar à luz na dor? Revisão integrativa da violência obstétrica em unidades públicas brasileiras. **Rev. dor** , São Paulo, v. 17, n. 3, p. 215-218, setembro de 2016.
- OLIVEIRA, Virgínia Junqueira; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. **Texto contexto - enferm.** , Florianópolis, v. 26, n. 2, e06500015, 2017.
- PEDROSO, Clarissa Niederauer Leote da Silva; LOPEZ, Laura Cecilia. À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 4, p. 1163-1184, Dez. 2017 .
- RODRIGUES, D. P. *et al.* A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 4, p. 614-620, Dez. 2015.
- RODRIGUES, F. A. C. *et al.* Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. **Reprod. Clim.** V. 32, n. 2, p. 78-84, mar. 2017.

SOUZA, A. B. *et al.* Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: revisão integrativa da literatura. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v. 25, n. 3, p. 115-128, set./dez., 2016.

TEMA: Medicina da Família e Comunidade

A IMPORTÂNCIA DA TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Caroline Rodrigues Marques¹; Lara Cruvinel Fonseca¹; Melina Cury Vilela¹; Marilene Rivany Nunes².

¹Acadêmicas do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas-UNIPAM.

²Docente do curso de Medicina e Enfermagem do Centro Universitário de Patos de Minas. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela EERP-USP.

E-mail para contato: carolinerodr@outlook.com

RESUMO

Introdução: A territorialização é uma diretriz da Atenção Primária à Saúde e constitui importante ferramenta utilizada para compreender a dinâmica social e biológica do território. Por isso, permite a execução de estratégias específicas para a melhoria da qualidade de vida e a promoção da saúde da população. **Objetivo:** Apresentar a percepção de acadêmicas do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas-UNIPAM quanto à importância da territorialização na APS. **Relato de Experiência:** A territorialização é promovida pelos acadêmicos de medicina do Centro Universitário de Patos de Minas desde o primeiro período do curso. Com o apoio da Equipe de Saúde, realizam o reconhecimento da área de abrangência da UBS e fazem visitas domiciliares, as quais permitem a coleta de dados sobre situações-problema da comunidade. A partir dessas ferramentas, é possível identificar as vulnerabilidades da população e selecionar os principais problemas para intervenção. **Discussão:** A territorialização é uma ferramenta de avaliação que visa à compreensão biopsicossocial do território de abrangência da Unidade Básica de Saúde. Dessa forma, favorece a elaboração de ações específicas de promoção, prevenção e recuperação da saúde, de acordo com o perfil epidemiológico da população. **Conclusão:** A territorialização é fundamental para que as ações de saúde sejam mais eficientes e proporcionem um real benefício para a população. Conhecer a área de atuação da UBS, identificar a população de abrangência, fazer o diagnóstico de saúde da comunidade, bem como identificar as áreas de risco ou vulnerabilidade é fundamental para a maior eficiência dos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária. Promoção de Saúde. Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado com base em três princípios doutrinários: a universalidade, a equidade e a integralidade. A principal ferramenta do SUS é a Atenção Primária à Saúde (APS), efetivada por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), as quais são porta de entrada para o sistema (FARIA, 2013).

A Política Nacional de Atenção Básica de 2017 estabeleceu o processo de territorialização como uma das diretrizes da APS. Dessa forma, é possível o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço (BRASIL, 2017).

Considera-se Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas (BRASIL, 2017).

Dessa forma, a territorialização é uma ferramenta de avaliação da APS que visa à compreensão atual do processo saúde doença, apontando que as variáveis biológicas, psíquicas e sociais remetem a necessidade de ações que possa compreender e intervir nos problemas que afetam um território (MÔRA, 2013).

OBJETIVO

Apresentar a percepção de acadêmicas do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas-UNIPAM quanto à importância do processo de territorialização na Atenção Primária à Saúde segundo um relato de experiência.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Considerando a territorialização como importante ferramenta de pesquisa da APS, o seu desenvolvimento é promovido pelos acadêmicos de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas desde o primeiro período do curso, a partir do qual é extremamente marcante a convivência dos discentes com toda a Equipe de Saúde e a população por ela assistida.

Com o apoio da Equipe de Saúde, é possível que os acadêmicos realizem o reconhecimento da área de abrangência da UBS e promovam visitas domiciliares, o que permite coleta sistemática de dados que informam sobre situações-problema da comunidade e do território, indicando suas inter-relações espaciais, identificando suas vulnerabilidades, as populações expostas e selecionando os problemas prioritários para as intervenções. Além disso, essa atividade é fundamental para a compreensão da saúde em seu aspecto biopsicossocial, visto que a forma com que o indivíduo se relaciona com seus semelhantes e com o ambiente no qual está inserido tem relação íntima com seu processo de adoecimento.

A realização da territorialização possibilita ainda, que os discente atuem na construção de perfis epidemiológicos locais e no desenvolvimento de ferramentas que buscam a produção de saúde e à redução de vulnerabilidades, como os Genogramas Familiares, os Mapas Inteligentes e os Projeto Saúde no Território (PST).

Assim, os acadêmicos realizam não só o reconhecimento, mas a representação geográfica das áreas, demarcando os pontos principais do território e reconhecendo a distribuição das características de saúde referentes a população da área adscrita.

DISCUSSÃO

Observa-se que o processo de territorialização é fundamental para que as ações de saúde sejam mais eficientes e proporcionem um real benefício para a população. Conhecer a área de atuação da UBS, identificar a população de abrangência, fazer o diagnóstico de saúde da comunidade, bem como identificar as áreas de risco ou vulnerabilidade, as condições socioeconômicas da população e seu perfil epidemiológico são fundamentais para que a Equipe de Saúde promova a implantação de projetos objetivos e eficientes em relação às necessidades específicas da população (BASTOS, SANTOS, 2012).

A construção de instrumentos de intervenção representa a materialização dos princípios doutrinários do SUS, pois sua construção garante, de maneira universal, longitudinal e integral, o melhor atendimento dos problemas e necessidades da população, sendo importantes estratégias de orientação e organização da APS (FARIA, 2013).

Assim, a realização da territorialização permite maior eficiência dos serviços de saúde nacionais, promovendo maior acessibilidade aos recursos salutareis e interação entre o profissional e o usuário/família (BORGES; TAVEIRA, 2012).

CONCLUSÃO

O relato de experiência demonstra que a territorialização é um instrumento de avaliação da APS de extrema importância para a compreensão dos principais problemas de uma população específica, pois permite o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário da população. Isso favorece a compreensão do processo de adoecimento da população adscrita, assim como o conhecimento das doenças prevalentes na região. Por isso, esse mecanismo possibilita uma ampla visão da área de abrangência da UBS e permite, portanto, o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde para a população local.

REFERÊNCIAS

BASTOS, Gisele; SANTOS Iná. Abordagem Comunitária. In: GUSSO, Gustavo. *et al.* **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. Vol. 1.

BORGES, Cleo; TAVEIRA, Valéria. Territorialização. In: GUSSO, Gustavo. *et al.* **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. Vol. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica, 2017**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

FARIA, Rivaldo Mauro de. **A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território**. 2013. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde.

MÔRA, Lídia Batista de. GOMES, Juliana de Carvalho. MORAES, Mona Laura de Sousa. **O uso da territorialização para apoio ao planejamento das ações de uma unidade de saúde da família**. Belo Horizonte, 2013.

DIABETES MELLITUS: depressão, adesão ao tratamento e qualidade de vida

Dário Tavares Jacinto¹; Danty Ribeiro Nunes¹; Leonardo Nikolas Ribeiro¹; Paulo Ricardo Neves Guerreiro¹; Marilene Rivany Nunes²

¹Acadêmicos do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas - UNIPAM

²Docente do Curso de Medicina- UNIPAM; Doutora em Enfermagem em Saúde Pública – EERP-USP.

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva, com abordagem quantitativa, desenvolvida com pacientes acometidos pela DM cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde, no município de Patos de Minas, no ano de 2018. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética de Pesquisa do Centro Universitário de Patos de Minas (2.438.033/ 2017). Foram utilizados quatro instrumentos para coleta de dados: o questionário demográfico e clínico, o de avaliação da Medida de Adesão ao Tratamento (MAT), o Inventário de Depressão de Beck (IDB) e o de Qualidade de Vida (SF-36). A amostra foi constituída de 40 pacientes, sendo 50% sexo masculino e 50% feminino; prevaleceu a faixa etária de 65 e 75 anos (37,5 %), com escolaridade de Ensino Fundamental Incompleto (37,5%) e a presença de depressão (62%). A MAT demonstrou que todos os pacientes apresentaram uma boa adesão ao tratamento. Na SF-36 percebe-se que os pacientes convivem com a presença de dor (30%), limitação na capacidade funcional (40%), alterações nos aspectos físicos (45%), sociais e emocionais (33%). Apesar destas situações os pacientes percebem que sua saúde mental e estado geral são bons (82%) e (67%), respectivamente. Desta forma, conclui-se que os pacientes com DM vivenciam várias situações de vulnerabilidades e risco, o que impõem a necessidade de uma assistência integral, humanística, centrada na pessoa por parte dos profissionais da Equipe de Saúde da Família e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família.

PALAVRAS CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Diabetes Mellitus. Medicina de família e comunidade. Qualidade de Vida.

INTRODUÇÃO

A *Diabetes Mellitus* (DM) é um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, resultada de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017). A DM representa um grave problema de saúde devido à alta morbimortalidade, visto que é uma doença crônica que afeta milhões de pessoas no mundo, podendo trazer diversos transtornos que interferem na qualidade de vida, como a depressão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017). Dessa forma, esta pesquisa propõe-se a caracterizar o perfil demográfico e clínico dos pacientes com DM cadastrados em uma Unidade

Básica de Saúde (UBS) no município de Patos de Minas, bem como avaliar a presença de depressão, a adesão ao tratamento e a qualidade de vida dos mesmos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva com abordagem quantitativa. A amostra foi constituída por pacientes acometidos pela DM, de ambos os sexos, com idade acima dos 35 anos, cadastrados na Equipe de Saúde da Família (ESF), em uma UBS, no município de Patos de Minas- MG, no ano de 2017. Para a coleta de dados foram adotados quatro instrumentos, a fim de avaliar o perfil do paciente, presença de depressão, adesão ao tratamento e qualidade de vida, sendo eles um questionário para caracterizar o perfil do paciente, o Inventário de Depressão de Beck (BDI), Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) e o Questionário de Qualidade de Vida SF-36. A coleta de dado ocorreu durante uma visita domiciliar aos pacientes. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa do Centro Universitário de Patos de Minas, segundo parecer 2.438.033 de 26/11/17.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao realizar a pesquisa documental, nos prontuários, identificou-se o registro de 40 pacientes acometidos pela DM, cadastrados numa UBS, no ano de 2017, no município de Patos de Minas-MG. A amostra não teve discrepância em relação ao sexo dos participantes, uma vez que amostra era constituída de 50% de pacientes com sexo masculino e 50% do sexo feminino. Prevaleceu a faixa etária entre 65 e 75 anos; ensino fundamental incompleto (37,5 %). Presença de uso do tabagismo (22,5 %), álcool (15%), obesidade (70%) e presença de Hipertensão Arterial Sistêmica (50%). Já no tratamento percebe-se que (62,5 %) fazem uso de hipoglicemiante oral, insulino terapia (22,5%) e dieta (47,5 %), conforme Tabela 1. Percebe-se que 37,5% dos pacientes possuem ensino fundamental incompleto, podendo inferir que eles apresentam limitações sobre o conhecimento de sua situação de saúde, o que provoca uma deficiência na manutenção da DM e duas complicações. Quanto maior o grau de escolaridade do indivíduo maior a expectativa de vida e menor a probabilidade de morbidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016). No presente estudo, 22,5% dos pacientes apresentaram o tabagismo como fator de risco para DM. Além do tabagismo, os pacientes com etilismo e obesidade constituíram, respectivamente, 15% e 70% da amostra. O abandono do tabagismo em diabéticos pode melhorar o perfil lipídico, com elevação do HDL-c e redução do LDL-c (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

Tabela 1- Caracterização do perfil demográfico e clínico dos pacientes diabéticos.

Sexo	N°	%
Masculino	20	50
Feminino	20	50
Idade		
35 a 45	3	7,5
45 a 55	9	22,5
55 a 65	13	32,5
65 a 75	15	37,5
Escolaridade		
Analfabeto	4	10
Ensino Fundamental Completo	5	12,5
Ensino Fundamental Incompleto	15	37,5
Ensino Médio Completo	8	20
Ensino Médio Incompleto	4	10
Ensino Superior	4	10
Fator de Risco		
Tabagismo	9	22,5
Etilismo	6	15
Obesidade	28	70
História Progressa		
Hipertensão Arterial Sistêmica	20	50
Tratamento		
Hipoglicemiante Oral	25	62,5
Insulina	9	22,5
Dieta	19	47,5

Fonte: Questionário de perfil demográfico e clínico, Patos de Minas/MG-2017

A prevalência da HAS nos adultos com DM tipo 2 é, em geral, de 50 a 75% em todo mundo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017), o que corrobora com os dados deste estudo, que demonstra que 50% dos pacientes possui concomitantemente hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Percebe-se 62,5% dos pacientes utilizam como método principal de tratamento o uso de hipoglicemiantes orais e 22,5% utilizam insulina. Ao analisar a adesão ao tratamento dos pacientes de uma UBS de Patos de Minas, pode-se perceber que grande parte tiveram como resposta o “nunca”, demonstrando que a maior parte da amostra nunca esqueceu ou deixou de tomar os medicamentos, confirmando uma adesão ao tratamento. Os dados demonstram que 25 (62%) dos pacientes possuem algum grau de depressão, sendo isso influência da nova adaptação que o paciente diabético precisa realizar nos seus hábitos de vida para que possa ter uma saúde melhor. A depressão em diabéticos aumenta o risco de complicações micro e macrovasculares e aumento da percepção das limitações funcionais decorrentes do diabetes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017). O paciente com DM convive de forma significativa com limitação na capacidade funcional (40%), alterações nos aspectos físicos (45%), sociais (33%) e emocionais (33%), presença de dor (30%) e percepção de saúde mental e estado geral bons (82%) e (67%), respectivamente. Outro achado interessante é que, apesar de 25 (62%) apresentarem depressão, ao serem indagados sobre seu estado de saúde mental, consideram-na boa (82%). O cuidado com a saúde mental de um paciente com doença crônica é de extrema importância para a sua adesão ao tratamento, segundo Camargo *et al.* (2014). Dessa forma, conclui-se que segundo a literatura há relação entre a não adesão e o estado da saúde mental. Pode-se concluir que os pacientes não possuem uma qualidade de vida afetada pelo fato de possuírem uma boa adesão ao tratamento. Apesar de (62%) dos pacientes terem depressão, o que poderia dificultar a adesão ao tratamento e a qualidade de vida, percebe-se que os pacientes destes estudos apresentam resiliência e aderem ao tratamento, mantendo a qualidade de vida.

CONCLUSÃO

Conclui-se que os pacientes com DM vivenciam situações de vulnerabilidades e risco como idade avançada, uso do tabagismo e álcool, presença de obesidade, HAS, depressão. De acordo com os resultados encontrados pode-se refletir sobre a importância de investir na implantação de ESF e NASF, e capacitação dos membros destas equipes, para acompanhamento e tratamento de pacientes diabéticos, com vistas a contribuir com a promoção de saúde e bem-estar dos pacientes.

REFERÊNCIAS

OLIVEIRA, José Egídio MAGALHÃES, Paulo de Renan Montenegro Junior, VENCIO, Sérgio Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. Classificação etiológica do diabetes *mellitus*. **Sociedade Brasileira de Diabetes**. São Paulo: Editora Clannad, 2017.

OLIVEIRA, José Egídio MAGALHÃES, Paulo de Renan Montenegro Junior, VENCIO, Sérgio Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. *Epidemiologia e prevenção do diabetes mellitus*. **Sociedade Brasileira de Diabetes**. São Paulo: Editora Clannad, 2017.

CAMARGO, L. A.; CAPITÃO, C. G.; FILIPE, E. M. V. **Saúde mental, suporte familiar e adesão ao tratamento: associações no contexto HIV/Aids**. *Psico-USF, Bragança Paulista*, v. 19, n. 2, p. 221-232, 2014.

MALACHIAS, M. V. B., *et al*; **7º diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Vol. 107, N° 3, 2016.

EXAME ELETROCARDIOGRAMA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: consenso dos preceptores médicos

Gabriel Maicon Silva Alcântara¹; Marilene Rivany Nunes².

¹Acadêmico do Curso de Medicina – Centro Universitário de Patos de Minas. UNIPAM

²Doutora em Enfermagem em Saúde Pública – EERP-USP; Docente do Curso de Medicina- UNIPAM
Email para contato: gabriel.alcantara.med@gmail.com

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva com abordagem quantitativa realizada por meio do método Delphi. O estudo objetivou identificar o consenso dos preceptores médicos sobre a implantação do exame eletrocardiograma (ECG) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), no município de Patos de Minas – Minas Gerais. Os dados foram coletados por meio de entrevista em forma de questionários e foram categorizados por meio da análise de conteúdo e organizados em tabelas formulados no programa Excel for Windows de modo que possibilite estipular um consenso da maioria dos participantes. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos de Minas sob o parecer nº 2.494.445 (12/02/2018). O presente estudo foi realizado com 15 preceptores médicos, no primeiro questionário, observou-se que 12 participantes se posicionaram favoráveis à implantação do ECG, na UBS e 3 foram contrários. Nesse, todos os participantes expressaram argumentos favoráveis e contrários a ideia da pesquisa. No segundo e último questionário, após analisarem as opiniões dos outros participantes, 11 se posicionaram favoráveis e 4 contrários. Concluiu-se que pelo posicionamento da maioria dos participantes, a implantação do ECG é benéfica e que aprimoraria o trabalho do médico na UBS. Contudo, faz-se necessário mais estudo, com uma abrangência maior, associado a testes, a fim de comprovar, ou não, se a implantação do ECG deve ser realizada nas UBS.

Palavras-chave: Atenção Primária de Saúde. Doenças Cardiovasculares. Eletrocardiograma. Unidade Básica de Saúde.

INTRODUÇÃO

A atenção primária a saúde (APS) dedica-se aos problemas/ adoecimentos mais frequentes na população. Nessa perspectiva, na Sociedade Brasileira há uma grande prevalência de doenças cardiovasculares, o que formam a principal causa de morte no país (DUCAN, 2014). Segundo a III Diretriz Brasileira de Cardiologia Sobre Análise e Emissão de Laudo Eletrocardiográfico de 2016, da Sociedade Brasileira de Cardiologia, o exame eletrocardiograma (ECG) é um exame comum, de baixo custo e não invasivo. Ele proporciona uma noção da condição cardíaca de uma pessoa e identifica as situações de risco ou morte súbita. Por assim ser, para haver um diagnóstico mais preciso para doenças cardiovasculares, faz-se necessário a realização de um ECG, o que não é realizado na

Unidade Básica de Saúde (UBS). Deve haver uma referência do paciente para um especialista, o que demanda tempo e, uma possível complicação clínica até que seja realizado o exame. Desse modo, com a realização do ECG na UBS há uma diminuição da espera e demanda de consultas na atenção secundária, promove uma redução de custos com internações hospitalares no sistema de saúde nacional, como também se aprimora o diagnóstico precoce de doenças cardiovasculares. O estudo objetivou identificar o consenso dos preceptores médicos sobre a implantação do exame eletrocardiograma nas Unidades Básicas de Saúde na cidade de Patos de Minas.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de campo qualitativa, com categorização das respostas, realizada por meio do método Delphi. A pesquisa foi desenvolvida no município de Patos de Minas, no Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM), no contexto de especialistas, profissionais médicos, atuantes como preceptores do componente curricular Integração Ensino e Serviço e Comunidade (INESC) do Curso de Medicina no UNIPAM. Foi realizado um contato prévio para apresentação dos objetivos do estudo. Para a coleta de foi realizado entrevistas com os profissionais por meio de dois questionários. O primeiro teve finalidade de caracterizar o perfil demográfico e formação, bem como, questões sobre a opinião de cada um sobre a implantação do ECG nas UBS, suas vantagens e desvantagens. E o segundo continha duas alternativas, uma embasada nos argumentos favoráveis e outra, nos contrários, com a finalidade de se obter um consenso sobre o tema abordado. Os dados foram categorizados por meio da análise estatística descritiva para elencar o consenso da implantação do ECG nas UBS, bem como, descrito as vantagens e desvantagens no ECG. Os dados foram organizados em tabelas formulados no programa Excel for Windows de modo que possibilitou estipular um consenso entre os participantes. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos de Minas sob o parecer nº 2.494.445 (12/02/2018). A coleta de dados ocorreu nas dependências da estrutura física da UBS no período compreendido entre os meses de fevereiro e agosto de 2018.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado com 15 participantes, ao entregar o primeiro questionário, na Tabela 1, observou-se que 12 participantes se posicionaram favoráveis à implantação do ECG na UBS e 3 foram contrários.

Tabela 1 – Opinião do médico sobre a implantação do ECG na UBS. 1º questionário.

Participantes	Favoráveis	Contrários
15	12	3

Fonte: Questionário de levantamento de opinião, 2018.

Na Tabela 2, ao analisar as opiniões de cada participante, notou-se que as favoráveis se embasam no melhor atendimento ao paciente, no menor tempo de espera para 2 encaminhamentos e no diagnóstico precoce a fim de se obter um melhor prognóstico, já as contrárias, se apoiam no maior gasto com recursos humanos e capacitação profissional, bem como superlotação de serviços e falta de estrutura para realizar o exame na UBS

Tabela 2 – Opinião do médico sobre pontos vantagens e desvantagens a implantação do ECG na UBS

VANTAGENS	DESVANTAGENS
Qualificação no atendimento;	Dificuldade na leitura do exame;
Maior vínculo com o paciente;	Dificuldade para lidar com situações de urgência na UBS;
Avaliar HAS e Insuficiência cardíaca;	Impossibilidade de internação e de solicitar outros exames;
Acompanhamento de doenças crônicas;	Custo elevado para a implantação;
Aprimora o rastreamento e diagnóstico;	Descentralização;
Melhoria da Assistência;	Falta de recursos humanos /mão de obra qualificada;
Menor tempo de espera do paciente;	Estrutura física deficiente;
Diagnóstico precoce de DCV;	Ambiente inapropriado para realizar o exame;
Possibilita descartar IAM;	Maior custo financeiro com cursos de ECG e capacitação técnica.
Maior segurança ao paciente e ao profissional;	Superlotação dos serviços;
Diminui encaminhamentos de urgência para UPA;	Risco de aparecer demanda inapropriada para o nível de atenção;
Aprimora o aprendizado de muitos alunos e profissionais;	Falta de uma rede organizada para cadastro e encaminhamento;
Descarte de patologia cardíaca nos casos de dor torácica;	
Rapidez para o médico avaliar;	
Melhor acessibilidade ao paciente;	
Melhora a propedêutica e avaliação de risco cardiovascular;	

Fonte: Questionário de levantamento de opinião, 2018.

Após analisar quanti e qualitativamente as respostas ao primeiro questionário, nota-se que os participantes sabem da importância do ECG, pois todos relataram opiniões favoráveis à ideia do presente estudo. Entretanto, não houve um consenso geral porque devido a convicções e experiências pessoais, os argumentos negativos, em grande parte de apoiaram-se na falta de organização do sistema para ofertar o exame, além de má investimento em infraestrutura e capacitação profissional, o que dificulta a implantação do ECG na atenção primária. Alguns disseram que o sistema atual de referencia e contra referencia, executado por meio dos encaminhamentos de paciente à atenção específica, já supre a demanda na Atenção Primária. A dificuldade de analisar o exame também foi um argumento expresso contrário à implantação do ECG, uma vez que o erro de

interpretação leva a uma propedêutica ineficaz e, até mesmo, deletéria. O segundo questionário foi entregue aos participantes com todos os argumentos descritos na tabela 2 para que cada um pudesse ver e, possivelmente, entrar em um consenso geral. As respostas foram tabuladas de acordo com posicionamento do participante se eles acham necessários ou não a implantação do ECG e foi observado que após analisarem as opiniões dos outros participantes, 11 se posicionaram favoráveis e 4 contrários, como demonstra a Tabela 3.

Tabela 3 – Opinião do médico sobre a implantação do ECG na UBS. 2ª questionário.

<u>PARTICIPANTES</u>	<u>FAVORÁVEIS</u>	<u>CONTRÁRIOS</u>
15	11	4

Fonte: Questionário de levantamento de opinião, 2018.

CONCLUSÃO

O presente estudo mostrou um consenso entre os participantes de que a implantação do exame de ECG na UBS nos moldes da atenção primária a saúde é necessário, uma vez que a maioria se posicionou a favor. Diante disso, esse artigo evidenciou que pelo posicionamento da maioria dos participantes, a implantação do ECG seria benéfico e aprimoraria o trabalho do médico na UBS. Contudo, na bibliografia atual há poucos estudos relacionando o ECG na Unidade de Saúde e não há comprovação por experimentação se é ou não benéfico à implantação do exame na atenção primária. Assim, se faz necessário mais estudos, com uma abrangência maior, associado a testes por períodos, a fim de comprovar, ou não, se a implantação do ECG deve ser realizada nas UBS.

REFERÊNCIAS

- A ATENÇÃO PRIMÁRIA E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE. 1 ed. Brasília: CONASS, 2015. 127 p.
- ALMENARA, J. C; MORO, A. I. Emprego do método de delphi e seu emprego em investigação em comunicação e educação. **Revista eletrônica de tecnologia educacional**. n. ISSN 1135-9250, n 48. Jun. 2014.
- CANABARRO, A. P. F.; *et al.* Avaliação do foto-eletrocardiograma como ferramenta de segunda opinião formativa. **Scientia Medica**. Porto Alegre, n. 4, 219-225, dez 2013. Vol. 23.
- DUCAN, B. B; *et al.* **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- MUNARETTO, L. F.; CORRÊA, H. L.; CUNHA, J. A. C. da. Um estudo sobre as características do método Delphi e de grupo focal, como técnicas na obtenção de dados em pesquisas exploratórias as. **Revista ADM. UFSM**, Santa Maria, v. 6, n. 1, p. 09-24, 01-03/2013.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **III diretrizes da sociedade brasileira de cardiologia sobre análise e emissão de laudos eletrocardiográficos**. Rio de Janeiro: SBC. 2016. 23 p.

INTEGRAÇÃO ENSINO E SERVIÇO E COMUNIDADE E O DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Gabriela Troncoso¹; Juliana Silva Neiva¹; Marilene Rivany Nunes².

¹Acadêmicas do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas-UNIPAM.

²Docente do curso de Medicina e Enfermagem do Centro Universitário de Patos de Minas. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela EERP-USP.

E-mail para contato: gabrielatroncoso@unipam.edu.br

RESUMO

Introdução: A prática e o ensino médico estão passando por mudanças nos últimos anos, principalmente devido ao avanço tecnológico, e esse aspecto influenciou a relação Médico-Paciente. Diante dessas mudanças, os médicos que tiveram uma formação humanista se destacam em meio aos demais profissionais, e é nesse contexto que a disciplina Integração Ensino, Serviço e Comunidade (INESC) é de extrema importância. **Objetivo:** Apresentar a percepção de duas acadêmicas do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas-UNIPAM quanto ao desenvolvimento da relação Médico-Paciente a partir de atividades realizadas na disciplina INESC. **Relato de Experiência:** A INESC abrange atividades como visitas domiciliares e acompanhamento de consultas médicas que são realizadas nos quatro primeiros anos do curso de Medicina do UNIPAM. Essas atividades fazem com que os alunos convivam com os preceptores e com os pacientes, que, por sua vez, auxiliam no desenvolvimento de habilidades interpessoais de comunicação, do comportamento ético, de respeito e de empatia, que são essenciais, tanto em uma enfermaria quanto em um consultório. **Discussão:** Quando chegar ao mercado de trabalho, o acadêmico que teve o contato com a INESC conseguirá conquistar o seu espaço e seus pacientes, deixando o último mais seguro e colaborativo, facilitando a consulta, o diagnóstico e a relação com o médico. **Conclusão:** As disciplinas, como a INESC, que valorizam a formação médica pautada na medicina humana e integral, no convívio com médicos e com pacientes, são essenciais no desenvolvimento e no fortalecimento da relação Médico-Paciente, que quando bem fundamentada, traz benefícios para ambos.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Médica. Empatia. Relação Médico- Paciente.

INTRODUÇÃO

A prática e o ensino médico estão passando por enormes mudanças nas últimas décadas. Com o advento da Revolução Técnico-Científico-Informacional e com o avanço tecnológico na área de diagnósticos, o médico deixou de ser o detentor do conhecimento e o paciente tornou-se mais informado (SALLES, 2010). E esses aspectos levaram a profundas mudanças na relação Médico-Paciente, modificando-a e, muitas vezes, trazendo dificuldades aos dois lados desse relacionamento. Em meio a essas mudanças, os médicos que tiveram uma formação com disciplinas que valorizam a importância do caráter empático, ético e humanístico dos profissionais, afim de otimizar a atenção em saúde nos seus mais diversos níveis, se destacam em meio aos demais profissionais (MAYERNYIK, 2016). É nesse contexto que o componente curricular INESC é de extrema importância. O INESC é um componente curricular do primeiro ao quarto ano no curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas-UNIPAM. Este tem como objetivo colocar o aluno em contato com atividades de

atenção à saúde na comunidade, fazê-lo conhecer uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, observar como se desenvolve a rotina de uma Equipe de Saúde da Família e como está sendo estruturado o atendimento às comunidades da sua área de abrangência; proporcionando a docentes e discentes o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, juntamente com os profissionais da rede pública dos serviços de saúde e com a comunidade da área de referência (MANUAL DO INESC – UNIPAM, 2018).

OBJETIVO

Apresentar o relato de experiência da percepção de duas acadêmicas do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas–UNIPAM, do 2º período, quanto ao desenvolvimento da relação Médico-Paciente a partir de atividades desenvolvidas no componente curricular INESC no contexto da Unidade Básica de Saúde (UBS).

RELATO DE EXPERIÊNCIA

No início do curso de Medicina, em um primeiro contato com o componente INESC, são mostradas aos alunos quais as atividades que serão realizadas durante oito períodos, equivalentes aos quatro primeiros anos do curso. Dentre essas atividades, estão a realização de visitas domiciliares para conhecer e acompanhar as condições de saúde e de vida da população, desenvolvidas nos quatro anos, e a partir do quarto período, torna-se comum o acompanhamento de consulta médica e de enfermagem. A partir dessa apresentação, é evidenciado que os alunos passam grande parte de seu tempo em convivência com os Preceptores, com os Médicos de Família e com os usuários da UBS, desenvolvendo a visita domiciliar de acompanhamentos de famílias. Na realização da visita domiciliar, ao escutar as queixas e as histórias de vida das famílias, é possível o desenvolvimento de habilidades interpessoais de comunicação, do comportamento ético, respeitoso e de empatia. Além disso, o fato de todas as atividades serem realizadas em grupos acadêmicos proporciona o crescimento do espírito de trabalho em equipe, essencial tanto em uma enfermaria quanto em uma sala de cirurgia. Assim, os alunos que estudam em instituições que proporcionam aproximação da prática nos anos iniciais por meio de componente curricular, como o INESC, são privilegiados por praticar as habilidades de comunicação e éticas nas relações interpessoais, tanto com os usuários, quanto com os profissionais das Equipes de Saúde da Família e preceptores médicos. Estas possibilitam a realização de atividades que facilitam a aprendizagem de estratégias efetivas de comunicação, o que possibilitará competências específicas na relação Médico–Paciente. Assim, é possível relatar que o INESC contribuiu para a

aquisição de habilidades interpessoais que possibilitou trabalhar em grupo, com pares de colegas acadêmicos, bem como, com os membros da ESF, NASF e Preceptor.

DISCUSSÃO

Observa-se que o componente curricular INESC, que está inserido em uma metodologia ativa de ensino, o Aprendizado baseado em Problemas (PBL), é essencial para o desenvolvimento da relação Médico-Paciente. Por meio de valores como a ética, o respeito e a empatia, o aluno conseguirá conquistar o seu espaço e seus pacientes, deixando o último mais seguro e confiante a informar com maior naturalidade os seus problemas, sintomas e dúvidas, fazendo com que a sua colaboração facilite a consulta, o diagnóstico e a relação com o médico (COSTA, 2010). Estes valores são adquiridos pela convivência com os Preceptores, com os pacientes e, principalmente, por meio das visitas domiciliares, em que o aluno visita famílias, conhece a inserção destas em uma comunidade, como também seus problemas de saúde, podendo realizar ações de prevenção de doenças e de promoção de saúde. Ademais, esses valores e a capacidade de manter uma boa comunicação, verbal e não verbal, são algumas das principais habilidades gerais constadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, que valoriza o Médico com formação generalista e humanista. Raras são as pessoas que não tenham qualquer história de insatisfação em relação aos médicos. Na maioria das vezes, as queixas sobre o atendimento dizem respeito a falhas de comunicação do profissional com o paciente, como a inabilidade em acolher e escutar este ou até mesmo a frieza demonstrada pelo profissional diante da situação de vida do paciente (CERON, 2012). É fundamental conquistar e manter vínculo com os pacientes visando à realização do cuidado universal. Assim, as disciplinas como a INESC, que valorizam a interdisciplinaridade, são essenciais, pois elas consideraram tanto o cuidado, como a integralidade, o controle social, a humanização e a ética (FRANCO, 2014).

CONCLUSÃO

A relação Médico-Paciente sofreu grandes mudanças ao longo dos anos, porém, é essencial que a empatia, o respeito e as habilidades de comunicação permaneçam ilesas. Para isso, é fundamental que os Centros de Ensino Superior de Medicina adotem as disciplinas, como a INESC. Essas disciplinas que valorizam a formação médica por meio do contato com a rotina e com as atividades da atenção à saúde na comunidade, como o acompanhamento de consultas e de visitas domiciliares, são extremamente benéficas para o futuro médico. Este, que teve contato com a ideologia de que uma boa relação entre o

médico e o paciente é crucial para o bem-estar e sucesso de ambos, colocará em prática os valores ensinados a ele, conseguindo, assim, atender o paciente em sua integralidade.

REFERÊNCIAS

CERON, M. **Habilidades de comunicação: abordagem centrada na pessoa**. 2012. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade24/unidade24.pdf> Acesso em: 23 Set. 2018.

COSTA, F.D.; AZEVEDO, R.C.S. Empatia, Relação Médico-paciente e Formação em Medicina: um Olhar Qualitativo. **Revista Brasileira de Educação Médica**. São Paulo, v.34, n.2, p.261-269, 2010.

FRANCO, C.A.G.; CUBASI, M.R.; FRANCO, R.S. Currículo de Medicina e as Competências Propostas pelas Diretrizes Curriculares. **Revista Brasileira De Educação Médica**. São Paulo, v.38, n.2, p.221-230, 2014.

MAYERNYIK, M.A.; OLIVEIRA, F.A.G. O Cuidado Empático: Contribuições para a Ética e Sua Interface com a Educação Moral na Formação em Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. São Paulo, v.40, n.1, p.11-20, 2016.

Portaria Nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>> Acesso em: 23 Set. 2018.

SALLES, A.A. Transformações na relação médico-paciente na era da informatização. **Revista Bioética**. Belo Horizonte, v.18, n.1, p.49-60, 2010.

A PERCEÇÃO DE ACADÊMICAS DE MEDICINA SOBRE A EFICÁCIA DA CONSULTA CONJUNTA NA COLETA DO EXAME COLPOCITOLÓGICO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE EM PATOS DE MINAS – MG

Laura Melo Rosa¹; Gabriela Santos Ferreira¹; Nathalia Diniz Andrade Porto¹; Taís Aparecida Gomes Reis¹; Laís Moreira Borges Araújo².

¹Acadêmicas do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM).

²Doutoranda em Promoção de Saúde – UNIFRAN. Mestre em Gerontologia - UCB. Docente do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM).

E-mail para contato: laurameloz9@yahoo.com.br

RESUMO

Introdução: O princípio doutrinário de integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) preza o indivíduo na sua totalidade, atendendo-o de acordo com suas necessidades. Logo, para obter esse atendimento é fundamental a articulação entre profissionais como também atuações intersetoriais. **Objetivo:** Relatar a percepção de acadêmicas de medicina sobre a importância da consulta conjunta no exame colpocitológico realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de Patos de Minas – MG. **Relato de experiência:** O exame Papanicolau é feito por meio da consulta conjunta realizada por duas enfermeiras de Equipes de Saúde distintas e que atuam na mesma UBS. As enfermeiras dividem as funções a serem realizadas, no qual uma executa a anamnese ginecológica e o cadastro de dados e a outra prepara a sala e realiza o exame. No decorrer da consulta elas analisam o caso, propõem intervenções e implementam recomendações sobre os cuidados da saúde da mulher. **Discussão:** Essa forma de consulta proporciona à paciente maior segurança, uma vez que o atendimento feito por duas enfermeiras possibilita uma melhor discussão do quadro, bem como oferece um ambiente acolhedor, minimizando os possíveis ansiosos da mulher em relação ao exame. Além disso, possibilita agilidade sem perda de qualidade no atendimento, pois as enfermeiras dividem as funções. **Conclusões:** O atendimento conjunto reforça a articulação entre profissionais previstos pelo princípio da integralidade em saúde, ocasionando um serviço continuado. O momento do atendimento desse exame não se restringe apenas a coleta, mas também deve ser capaz de atender integralmente a mulher.

Palavras-Chaves: Exame Colpocitológico. Integralidade em Saúde. Saúde da Mulher.

INTRODUÇÃO

O princípio doutrinário de integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) é um termo complexo, extremamente polissêmico e que contempla várias funções de operacionalização no cotidiano das práticas de saúde (CARNUT, 2017 apud PINHEIRO, 2012). A Constituição de 1988 aborda o atendimento integral como uma maneira de compreender o indivíduo de maneira ampla, como um ser biopsicossocial (BRASIL, 1988). Além disso, este princípio é reforçado na Lei Orgânica – nº 8.080/90, em que a integralidade é incluída em todos os níveis de atenção à saúde – primário, secundário e terciário - como também é junção de ações preventivas e curativas (CARNUT, 2017). A ação integrada na prática da

atenção primária deve ter a capacidade de promover a saúde no cotidiano das pessoas, fazer diagnósticos e tratamentos precoces para reduzir danos e iniciar rapidamente a reabilitação e readaptação ao convívio social (DUNCAN, 2013). Dessa forma, na história clínica convencional, a abordagem de cada profissional em separado restringe a informação conjunta, resultando na fragmentação no processo de cuidado (GUSSO; LOPES, 2012). Na atenção primária a substituição em determinados momentos da história clínica convencional pela consulta conjunta é uma forma de oferecer ao usuário um atendimento integral e continuado. Nesse sentido, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado pelo Ministério da Saúde em 1983 e lançado em 1984, é uma das formas de garantir e implementar diretamente o princípio da integralidade na Saúde da Mulher. Esse programa tem como finalidade a promoção, proteção e recuperação da saúde, sendo fundamentado em uma assistência integral e educativa (GUSSO; LOPES, 2012). Dentre as ações de prevenção no campo da saúde da mulher é o exame de citologia, conhecido como Papanicolau. Esse exame pode ser feito por dois métodos, o convencional e o em meio líquido. O Ministério da Saúde recomenda a citologia convencional, colhida da ectocérvice e endocérvice, com espátula de Ayre e cytobrush, como forma de rastreamento para câncer de colo e de suas lesões precursoras (GUSSO; LOPES, 2012). Na atenção básica o enfermeiro e técnico de enfermagem são profissionais responsáveis pela coleta do exame preventivo e pela manutenção da disponibilidade de suprimentos para a realização do exame do colo de útero (GUSSO; LOPES, 2012).

OBJETIVO

Relatar a percepção de acadêmicas de Medicina sobre a importância da consulta conjunta no exame colpocitológico realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de Patos de Minas – MG.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

O exame Papanicolau é feito por meio da consulta conjunta realizada por duas enfermeiras de Equipes de Saúde distintas e que atuam na mesma UBS. O atendimento acontece todas às segundas-feiras, no período matutino e vespertino, sendo previamente agendado. O agendamento depende da disponibilidade da mulher e são agendadas usuárias pertencentes ao território de abrangência das duas enfermeiras. As enfermeiras dividem as funções a serem realizadas, em que uma executa a anamnese ginecológica direcionada e o cadastro de dados no Sistema de Informações do SUS e a outra prepara os materiais para o

exame preventivo e realiza o exame. A anamnese é feita de forma breve, mas aborda inúmeros pontos importantes, dentre eles são interrogados: a data da última menstruação; os métodos de anticoncepção usados; as DST's e as formas de prevenção; a paridade; os fatores de risco relacionados com câncer de colo de mama e de colo uterino; história obstétrica com foco no tipo de parto e nas possíveis complicações, entre outras questões. São abordados também na anamnese as queixas das pacientes e os motivos que fez com que ela fosse realizar o exame de prevenção. As enfermeiras orientam a paciente para a vestimenta da camisola no banheiro do consultório e caso necessário seja feito o esvaziamento da bexiga. No decorrer da consulta, mesmo que apenas uma enfermeira seja responsável por realizar o exame, as duas profissionais analisam o caso, propõem em conjunto intervenções, retiram as dúvidas das pacientes e implementam as devidas recomendações sobre os cuidados da saúde da mulher. No final da consulta é explicado para a paciente quando sairá o resultado do exame e a possibilidade de ter um pequeno sangramento após a coleta.

DISCUSSÃO

A coleta do exame para muitas mulheres é motivo de tensão e nervosismo devido a experiências anteriores negativas (ACOSTA et al, 2017). O constrangimento devido a exposição do corpo, o medo em relação a dor durante o exame e em relação ao resultado são fatores que geram ansiedade e angústia (ACOSTA et al, 2017). Dessa forma, a consulta conjunta proporciona à paciente maior segurança, uma vez que o atendimento feito por duas enfermeiras possibilita uma melhor discussão do quadro, bem como oferece um ambiente acolhedor, minimizando os possíveis anseios e medos da mulher em relação ao exame. Também possibilita maior agilidade sem perda de qualidade no atendimento, pois as enfermeiras dividem as funções, além de fornecer um ambiente seguro para a paciente. Esse momento proporciona para a mulher um ambiente ideal para que as dúvidas em relação a sua saúde íntima sejam sanadas. Dessa forma, a coleta do exame colpocitológico é um momento não só de prevenção de saúde, como também de promoção, pois as enfermeiras disseminam informações importantes para o cuidado da saúde íntima. Para a realização de uma anamnese e de um exame físico adequados na área da saúde da mulher o profissional deve ter uma postura respeitosa e diferenciada, uma vez que são abordados assuntos íntimos da vida da paciente. E para que a mulher tenha liberdade de apresentar dúvidas e queixas em relação a sua saúde o ambiente deve ser propício para isso, pois caso contrário, a paciente se sentirá mais retraída e insegura. A coleta do exame de prevenção deve ser um

momento amplo, em que deve-se aproveitar ao máximo para colher informações a respeito de fatores de risco para doenças importantes, como neoplasias da mama e do colo do útero, bem como deve ser um momento para análise de outros sistemas (GUSSO; LOPES, 2012). Por meio do conhecimento da análise biopsicossocial, o profissional da atenção primária tem a oportunidade de atuar na promoção e na prevenção da saúde no campo da ginecologia e nos outros sistemas do corpo da mulher. A promoção é realizada pela sensibilização da mulher diante da prática de hábitos saudáveis e a prevenção é feita apresentando medidas com a finalidade de evitar doenças, tendo como consideração a idade e os fatores de risco individuais (DUNCAN, 2013). É fundamental que as enfermeiras e a própria equipe de saúde valorizem as queixas da paciente, estejam dispostas a ouvi-la, a conhecer seus problemas e lembre-la de seu direito do acesso a informações (GUSSO; LOPES, 2012). Os pontos positivos dessa ação integral e do atendimento conjunto não se limitam apenas à saúde da paciente, mas também as profissionais, pois a discussão dos casos permite um aprendizado contínuo entre as profissionais, gera uma aproximação entre profissionais e equipes de saúde e proporciona um trabalho dinâmico.

CONCLUSÕES

O atendimento conjunto reforça a articulação entre profissionais previstos pelo princípio da integralidade, ocasionando um serviço continuado e com maior qualidade aos seus usuários. O momento do atendimento do exame colpocitológico é amplo e não se restringe apenas a coleta do exame, mas também deve ser capaz de atender integralmente a mulher.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, Daniele Ferreira et. al. **Vivenciando o exame papanicolau: entre o (não) querer e o fazer**. Recife: Rev. Enferm. UFPE online, 2017.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- CARNUT, Leonardo. **Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Saúde Debate, 2017.
- DUNCAN, Bruce B. et. al. **Medicina Ambulatorial**, 4 ed. Porto Alegre: ArtMed, 2013.
- GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre: ArtMed, 2012.

AVALIAÇÃO DA PERCEÇÃO DO USUÁRIO QUANTO À INSERÇÃO DE ACADÊMICOS DE MEDICINA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Laura de Oliveira Regis Fonseca¹; Camilla Santos Prado¹; Luciano Regis¹, Luana Assunção Fialho¹; Vivian Teixeira Andrade¹; Marthius Campos Oliveira Santos¹; Kelen Cristina Estavanate de Castro².

¹Acadêmicos do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas.

² Docente pelo curso de Medicina e Nutrição do Centro Universitário Patos de Minas. Doutoranda em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca.

E-mail para contato: laura_oliveiraregis@hotmail.com

RESUMO

Este trabalho avaliou, na perspectiva dos usuários, a inserção do estudante de medicina em uma Unidade Primária à Saúde (UAPS) de Patos Minas -MG no ano de 2016. Trata-se de uma pesquisa de campo, com análise estatística de dados qualitativos, mediante documentação direta extensiva, tendo em vista a aplicação de questionários específicos. Foi realizado um estudo analítico descritivo observacional transversal. A amostra foi composta por 300 usuários submetidos a um questionário estruturado com questões objetivas. Desses, 83,3% consideram importante a UAPS funcionar como campo de estágio; 82,6% referiram que a atuação do acadêmico contribui para a melhoria da atenção à saúde; e 83,3% acreditam que a atividade é importante para a formação profissional dos alunos; 40,3% declararam que se sentiam à vontade com a presença e o serviço dos estudantes. Constatou-se que, na perspectiva dos usuários, a contribuição da inserção dos acadêmicos na UAPS é predominantemente positiva, apesar de haver algumas desvantagens que devem ser corrigidas para a melhoria dessa atividade.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Estudantes de medicina. Percepção do usuário.

INTRODUÇÃO

Paralelo com as mudanças no cenário da saúde pública, a formação dos profissionais da área médica também foi alterada ao longo do tempo, inserindo o acadêmico mais precocemente nos serviços de saúde, com objetivo de convergir com a proposta do SUS de atenção integral ao paciente (OLIVEIRA, 2008). Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina Resolução nº3 (2014), é fundamental a inserção dos estudantes nos serviços de saúde, em especial no SUS. Além disso, é necessária a interação dos mesmos com os usuários e profissionais da saúde, desde o início da sua formação e associação da formação médico-acadêmica às demandas sociais da saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Este estudo teve como objetivo avaliar o impacto da

inserção de estudantes de medicina na Unidade Primária de Saúde sob o ponto de vista dos usuários. Estudos mostram que a satisfação do usuário com o atendimento aumenta a adesão ao tratamento, e conseqüente o sucesso terapêutico, o que depende de uma boa relação médico-paciente. Alguns analisam a opinião dos pacientes quanto ao atendimento médico, com o intuito de realizar um diagnóstico do serviço de saúde e possíveis melhorias (FITZPATRICK R., 1991). Portanto, a relevância do presente estudo se encontra na necessidade e importância da avaliação da percepção dos usuários do sistema de saúde público acerca da inserção dos acadêmicos de medicina na Unidade Primária de Saúde, já que esta tem por finalidade o atendimento dos usuários. E, apesar da importância em se pesquisar a opinião do usuário, ainda há uma carência de dados a respeito desse tema, em especial, na cidade onde foi realizado o estudo.

OBJETIVOS

Avaliar o impacto da inserção de estudantes de medicina na Unidade Primária de Saúde sob o ponto de vista dos usuários.

Descrever de maneira global a visão do usuário quanto aos atendimentos, atividades de educação e visitas domiciliares realizadas pelos acadêmicos.

Verificar a percepção dos pacientes quanto a importância da atuação de acadêmicos de medicina na Unidade Primária.

Identificar as desvantagens da inserção de acadêmicos na Unidade Primária, sob ponto de vista dos usuários.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de campo, com análise estatística de dados qualitativos, mediante documentação direta extensiva, tendo em vista a aplicação de questionários específicos. Foi realizado um estudo analítico descritivo observacional transversal. A amostra do presente estudo foi composta por 300 usuários de uma Unidade de Atenção Primária na cidade de Patos de Minas -MG, que estão em contato constante com os acadêmicos do curso de Medicina do Centro Educacional de Patos de Minas – UNIPAM. A amostragem foi feita por conveniência e os indivíduos puderam aceitar participar ou não. Os critérios de inclusão foram aqueles usuários que apresentaram idade superior ou igual a 18 anos, que ao fim da sua consulta médica aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e responderam todos os itens propostos no questionário elaborado pelas pesquisadoras. O estudo foi realizado por meio da entrega de um

questionário baseado nas questões objetivas realizadas por ALMEIDA, 2012, em seu estudo sobre a inserção do estudante na Unidade Básica de saúde, na visão do usuário. O questionário contém 12 questões objetivas acerca do impacto da inserção dos acadêmicos de medicina na atenção primária. Este foi entregue pelos pesquisadores ao fim da consulta médica. Além das perguntas objetivas, o questionário contém três perguntas sociodemográficas (idade, sexo e escolaridade), com o objetivo de realizar uma associação entre essas informações e os resultados das questões respondidas pelos usuários. Para as análises estatísticas foi utilizado o *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 20.0 para *Windows*. As frequências das respostas foram submetidas a análises comparativas entre duas proporções pelo teste de Qui-quadrado (χ^2), com correção de Monte Carlo quando necessário. As associações foram feitas em relação às respostas positivas (sim) ou negativas (não/parcialmente) versus grau de escolaridade ou faixa etária. Todos os resultados foram considerados significativos a um nível de significância de $p < 0,05$.

Este projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do UNIPAM (CEP) e aprovado mediante parecer número 1.429.159. Os dados foram coletados após a aprovação do referido comitê.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados 300 questionários, a maioria dos usuários eram do sexo feminino 178 (59%) enquanto 122 (40%) eram homens. Quanto às faixas etárias, a amostra foi dividida em 6 grupos, para maior facilidade da comparação entre idades. A idade média da população estudada foi de 45 anos com desvio padrão de ± 16 anos. Com relação à escolaridade, 10 pessoas eram analfabetas, sendo que a média de idade era de 63 anos; com ensino fundamental incompleto foram 64 pessoas, sendo que a média de idade era de 50 anos; com ensino fundamental completo foram 65 pessoas, com a média de 48 anos; com ensino médio incompleto tinham 61 pessoas, com média de 44 anos; com ensino médio completo, 69 pessoas, com média de 38 anos; e por fim, com ensino superior foram 31 pessoas, com média de 41 anos. Foi indagado se os pacientes se sentiam à vontade durante a consulta com os acadêmicos, ou seja, se sentiam seguros ao serem atendidos pelos mesmos, a maioria das pessoas responderam não ou parcialmente, totalizando 59%. Apesar disso, o que se percebeu durante as conversas com os usuários é que a maioria destes que apresentaram resposta negativa são àqueles que se sentem envergonhados durante a consulta devido à idade dos acadêmicos, que na maior parte das vezes, são muito jovens, já

que se encontram na UAPS desde o primeiro período do curso. Portanto, a boa relação médico-usuário ou, no caso, aluno-usuário é importantíssima para que tanto o aluno possa auxiliar no cuidado à saúde do doente, como este contribuir com a formação do mesmo (FERREIRA et al., 2007). Outras questões traduzem a visão do usuário a respeito da UAPS funcionar como campo de aprendizagem e atuação para os alunos e a importância disso fazer parte de formação médica. Com relação às mesmas, a grande maioria das respostas foram positivas, tanto na primeira questão (83%) como na segunda (93%). Esses resultados demonstram que os pacientes acreditam que o aluno utiliza o estágio na unidade como meio de aplicar conhecimentos teóricos na prática, auxiliar no atendimento à saúde e unir valores sociais à sua vida profissional. Esse momento da formação acadêmica é de extrema importância, já que se trata do momento de transformação do aluno em profissional. Período repleto de novas experiências, muitos aprendizados, até para que o acadêmico possa escolher sua área de preferência (FRANCISCO et al., 2013). Segundo SOUZA et al., 2007, o estágio curricular “possibilita ao graduando desenvolver a postura de pesquisador, despertar a observação, ter uma boa reflexão crítica, facilidade de reorganizar as ações para poder reorientar a prática quando necessário”. Ao serem questionados sobre a possibilidade dos acadêmicos contribuírem para a melhoria da atenção à saúde da comunidade, o resultado foi de que apenas 16% referiu negativamente ao questionamento. A contribuição dos alunos ocorre em diferentes âmbitos: através de auxílio no atendimento, já que muitas vezes as unidades enfrentam carência de profissionais, interação com a população, no sentido de esclarecer dúvidas a respeito das patologias, criação de políticas de promoção de saúde, entre outros. Ratificando a boa aceitação dos usuários em relação à atuação dos acadêmicos (ALMEIDA et al., 2012). Com relação à humanização da atenção à saúde, 83% respondeu favoravelmente. Humanizar a atenção à saúde significa aprimorar as práticas de saúde, condições de acesso aos serviços de saúde, com direito à um bom acolhimento, atenção integral e participação social ativa (SAKATA K. N., 2007). No cuidado à saúde, a humanização está incluída na Constituição Federal Brasileira de 1988 que garante a todos o acesso à assistência à saúde de forma resolutiva, igualitária e integral. Visando acima de tudo a melhoria das relações dos profissionais de saúde, entre si e entre estes e os usuários (NOVAES et al., 1992). Quando perguntados sobre a validade das atividades de educação em saúde desenvolvida na unidade, a maior parte das respostas foram positivas. Ações em saúde desenvolvidas pelos alunos são valiosas. Tem função de aumentar os conhecimentos da população a respeito da prevenção e promoção da saúde, além de promover capacitação dos estudantes que precisam se

preparar para realização das mesmas. O resultado reforça o conceito de que a educação em saúde constitui um recurso por meio do qual o conhecimento teórico atinja a comunidade e o maior entendimento do processo saúde-doença estimula a maior aderência de novos hábitos de vida (ALVES, 2005). Isso embasa a visão de que os estágios nas UAPS's contribuem para a aprendizagem e formação profissional, se fazendo como uma chance para a melhoria e extensão dos conhecimentos já adquiridos. Em relação às visitas domiciliares com a presença de alunos, a minoria (19%) afirmou que sim. Dentre estes, 71% concordou que as visitas são importantes para construção e aumento do vínculo usuário-equipe. Resultado que vai em consonância com o que é proposto pela ESF, que visa o fortalecimento da relação usuário-equipe para que a partir disso possa ser feito um atendimento integral de toda a comunidade. A visita domiciliar favorece a percepção da rotina do usuário fora do consultório, o que possibilita inclusive uma reflexão a respeito da propedêutica utilizada e de como melhorar o cuidado com a saúde do mesmo (SAKATA K. N., 2007). A percepção da realidade da comunidade, suas condições de vida, costumes, viabiliza uma transformação na atenção à saúde, fazendo compreender melhor o processo saúde-doença através dos hábitos de vida e trabalho dos usuários, o que culmina com maior resolutividade do cuidado (FERREIRA et al., 2007). Quando perguntados sobre as desvantagens da inserção de acadêmicos na atenção primária, o maior número de pacientes respondeu positivamente, destes 46% assinalou como desvantagem as consultas demoradas, 4,8% o atendimento ruim, 49% o constrangimento durante a consulta. Esses resultados evidenciam alguns prejuízos do atendimento acadêmico, o que é importante já que este deve estar em constante melhoria e aperfeiçoamento para que ambos os lados, usuário e acadêmico, sejam favorecidos. Reforça também a importância de periódica educação em saúde dos estudantes de medicina para o aperfeiçoamento do atendimento realizado por estes. Portanto, a boa relação aluno-usuário é fundamental para o desenvolvimento de ações em conjunto com a comunidade, visto que são os usuários os principais beneficiados com a atuação dos estudantes (ALMEIDA et al., 2012). Foram feitas associações entre às respostas positivas (sim) ou negativas (não + parcialmente) versus grau de escolaridade ou faixa etária. Houve associação significativa, com o baixo nível de escolaridade e respostas negativas, o que denota que quanto menor o nível de escolaridade menor é a aceitação e segurança do usuário no atendimento realizado por acadêmicos e maior a sua resistência. Estes dados vão de encontro ao que é exposto na literatura, que afirma que o nível socioeconômico influencia consideravelmente na visão do usuário a respeito da inserção de acadêmicos na atenção primária (FERREIRA et al., 2007). Porém,

esse cenário vem se alterando paulatinamente devido à boa relação aluno-paciente que vem sendo construída por meio de uma formação voltada para o atendimento humanizado e também, através de ações de educação em saúde (SILVA, 2002). No que diz respeito a correlação das respostas negativas com a idade, sendo a maioria das respostas, da faixa etária de 67-74 anos, evidenciando que os usuários de mais velhos apresentam maior resistência à inserção dos acadêmicos no atendimento na atenção primária e por isso não acreditam que a mesma deva funcionar como campo de prática para aqueles. Tal resultado pode demonstrar que a população de maior nível socioeconômico apresenta maior senso crítico quanto ao atendimento de acadêmicos, o que não anula a contribuição positiva dos mesmos na atenção primária, apenas denota a presença de falhas, que podem ser corrigidas ao longo do tempo para melhoria da formação destes futuros profissionais.

CONCLUSÕES

Neste estudo, evidenciamos uma contribuição positiva da inserção de acadêmicos de medicina na Unidade Primária à Saúde (UAPS), o que se trata de um dado importante tanto para a saúde pública local, quanto para o centro de formação destes alunos, que notavelmente estão apresentando boa educação para que isso repercuta de maneira favorável na prática na atenção primária. Além disso, é de extrema relevância essa concepção positiva, já que a atuação dos acadêmicos nos serviços de saúde traz subvenção para o desenvolvimento de bons profissionais, com consciência da realidade social na qual estão introduzidos e aptos para desenvolver ações de prevenção, promoção e educação em saúde. Porém, apesar da maioria dos usuários avaliados apresentarem julgamento positivo, pudemos detectar algumas desvantagens na atuação dos alunos na UAPS, sendo relevantes para que a formação dos acadêmicos esteja em constante aprimoramento e essas falhas possam ser corrigidas. Foi possível inferir também que há uma carência de pesquisas que abordem tal tema, especialmente com relação às desvantagens da inserção do estudante na atenção primária. Havendo necessidade de realização de novos estudos que apontem tais questões e sirvam, como este trabalho, de subsídio para melhorias na formação médica.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F. C. M. et al. Avaliação da inserção do estudante na Unidade Básica de Saúde: visão do usuário. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, 2012.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Salvador, 2005.

BORGES, M. C. et al. Aprendizado baseado em problemas. Ribeirão Preto, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012.

TEMA: Saúde Coletiva

A IMPORTÂNCIA DA HABILIDADE DE COMUNICAÇÃO DURANTE O ATENDIMENTO NAS PRÁTICAS AMBULATORIAIS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lara Minucci Gomes¹, Bruna Rocha Torres Gonçalves¹, Guilherme Augusto Félix da Silva², Tiago Guimarães Reis¹, Laís Moreira Borges Araújo³.

¹ Acadêmicos do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas - UNIPAM;

² Acadêmico do Curso de Medicina do Centro Universitário Atenas;

³ Doutoranda em Promoção da Saúde pela Universidade de Franca - UNIFRAN. Mestre em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília. Docente do Centro Universitário de Patos de Minas - UNIPAM.

E-mail para contato: laraminuccigomes@gmail.com

RESUMO: Relatar por meio de uma experiência a importância da habilidade de comunicação, enquanto base da grade curricular do ciclo básico, que futuramente apresentou-se muito válida durante a prática nas habilidades ambulatoriais. Durante uma das consultas no ambulatório de clínica médica, uma paciente acompanhada pela mãe, contou que apresentara um suposto Acidente Vascular Encefálico (AVE) e que procurou o pronto atendimento, sendo medicada, mas não houve grande investigação da doença. Com isso, investigou-se de forma mais aprofundada os sintomas. A paciente sentiu-se à vontade, e expos suas questões internas, comentou havia tentado suicídio, e que após o possível AVE estava com medo de dormir sozinha e apresentava sintomas de parestesia nas mãos. Com isso, procurou-se dar todo o apoio emocional à paciente. Ao final da consulta, durante a discussão com o preceptor, foi possível concluir que todos os seus sintomas, do provável AVE, na verdade eram manifestações clínicas de extrema ansiedade não diagnosticada. Em 1995, por meio de uma ampla revisão de literatura, demonstrou-se a relação positiva entre aumento da qualidade da atenção à saúde como um todo e comunicação sócio-afetiva (que inclui aspectos da subjetividade do paciente e promove vínculo), e relação negativa entre adesão e comunicação instrumental (focada nos aspectos biomédicos do adoecimento). Enfatiza-se a importância de preparar o acadêmico de Medicina para desenvolver uma boa habilidade de comunicação, demonstrando por meio do presente relato de experiência, que pode servir de espelho a outros acadêmicos.

PALAVRAS-CHAVE: atendimentos. Biopsicossocial. Habilidade de comunicação. Humanização.

INTRODUÇÃO

A comunicação efetiva e a interação são hoje apontadas como competências clínicas essenciais ao profissionalismo em Medicina. Ser capaz de desenvolver interação com o outro é condição básica para a prática médica (RIOS, 2012). Nos últimos anos, são crescentes as mudanças que vêm ocorrendo na graduação, visando uma formação

acadêmica mais humanizada. Esse cenário tornou essencial a inclusão de novos assuntos na formação acadêmica dos futuros médicos e a busca por estratégias inovadoras para a capacitação profissional. Ademais, as atuais Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN's) propõem a associação da teoria e da prática e o desenvolvimento de habilidades com a capacidade de transformar a realidade (NETO et al, 2017). Nesse contexto, encontra-se a habilidade de comunicação, que pode ser ensinada, aprendida e aperfeiçoada (MARCO et al, 2010). Buscando adequar-se às DCN's, o curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM), apresenta em sua grade curricular a disciplina habilidades de comunicação, abordada por meio da metodologia ativa durante os dois primeiros anos do curso. Consiste na realização de encenações de consultas dos mais variados temas (suicídio, aborto, violência sexual, má notícia) (role-playing) por parte dos acadêmicos, que são divididos em grupos de vinte a trinta pessoas, e posteriormente em grupos menores de três a quatro pessoas, e cada um recebe um roteiro no qual é descrito o papel a ser interpretado (médico, paciente, acompanhante, feedback), e então todos deslocam-se para o laboratório e realizam a atividade. Ao final, todos retornam para uma sala a fim de discutir com os docentes sobre a dinâmica, a concluir sobre o que foi aprendido. Isso tudo, que visa colocar o acadêmico em contato com conhecimentos e treinamentos a fim de capacitá-lo a perceber, valorizar e manejar, nas futuras consultas com os pacientes, os aspectos psicossociais, a relação e a comunicação, enfatizando a importância de uma visão processual do adoecer (MARCO, et.al, 2010).

OBJETIVOS

Relatar por meio de uma experiência a importância da habilidade de comunicação, contribuir para o meio científico como demonstração da eficácia da disciplina.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Durante o ciclo clínico, os acadêmicos do curso de Medicina passam a ter em sua grade curricular a disciplina habilidades ambulatoriais, desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Patos de Minas. Com isso, os acadêmicos são divididos em grupos de seis pessoas, e logo em duplas, e assim atendem aos pacientes e posteriormente é discutido o caso com o preceptor. Durante uma das consultas no ambulatório de clínica médica, uma paciente, de 22 anos, acompanhada pela mãe, contou que há uma semana apresentara um suposto AVE e que procurou o pronto atendimento, sendo medicada, mas não houve grande investigação da doença, sendo este o motivo da consulta. Com isso, a acadêmica

que conduzia a anamnese, procurou investigar de forma mais aprofundada os sintomas. Notou-se que a paciente apresentava-se inquieta, ansiosa e triste, o que levou as acadêmicas a questionarem-na. A mesma, provavelmente sentiu-se à vontade, e expos suas questões internas de forma aprofundada, chegando a comentar que nunca havia falado sobre esses assuntos com outros médicos, e então contou que recentemente havia tentado suicídio, estava com problemas de relacionamento, e que após o possível AVE estava com medo de dormir sozinha e apresentava sintomas de parestesia nas mãos. Com isso, procurou-se dar todo o apoio emocional à paciente por meio do contato visual, e físico com a paciente, e ofereceu-se ajuda a mesma. Ao final da consulta, durante a discussão com o preceptor, foi possível concluir que todos os seus sintomas do provável AVE, na verdade eram manifestações clínicas de extrema ansiedade não diagnosticada. Por meio da boa comunicação foi possível chegar a esse diagnóstico, demonstrando a importância de se estar atendo as várias questões que envolvem o paciente.

DISCUSSÃO

Em 1995, por meio de uma ampla revisão de literatura, demonstrou-se a relação positiva entre aumento da qualidade da atenção à saúde como um todo e comunicação sócio-afetiva (que inclui aspectos da subjetividade do paciente e promove vínculo), e relação negativa entre adesão e comunicação instrumental (focada nos aspectos biomédicos do adoecimento) (RIOS, 2012).

Uma das vertentes fortemente relacionadas com a aderência ao tratamento é a satisfação do doente, dependendo essa de múltiplos fatores, na sua maioria comunicacionais. Verificou-se que o tempo de consulta tem pouca influência na satisfação, mas que a comunicação, em especial o estilo de comunicação individual do(a) médico(a), tem uma grande influência. A satisfação está fortemente correlacionada com a adequação do médico em lidar com as preocupações dos doentes, em se sentirem escutados e compreendidos, terem confiança no médico(a), bem como na expressão de sentimentos calorosos e positivos, na cortesia e na simpatia (SILVA, 2008).

Em um outro estudo foi observado que a história clínica contribui em 60 a 80% dos dados para o diagnóstico. Há uma de correlação positiva entre melhor controle de pressão arterial e glicemia, diminuição de sintomas clínicos, percepção subjetiva de saúde quando há uma boa comunicação médico-paciente, viabilizada por meio de explicações adequadas por parte do primeiro (RIOS, 2012).

As iniciativas de prevenção da doença e educação para a saúde são na sua essência atividades sustentadas na comunicação com o doente. A

adequação dos processos comunicacionais aos diferentes doentes e aos seus diversos contextos socioculturais, é um dos principais instrumentos para aumentar a eficácia das intervenções de prevenção da doença e educação para a saúde (SILVA, 2008).

CONCLUSÃO

Enfatiza-se a importância de preparar o acadêmico de Medicina para desenvolver uma boa habilidade de comunicação, demonstrando por meio do presente relato de experiência, que pode servir de espelho a outros acadêmicos de medicina. Além disso, o investimento em comunicação por parte das universidades deve continuar a ser feito, a fim de capacitar seus acadêmicos nessa habilidade. Dessa forma, o futuro médico desenvolve maturidade para saber conduzir tais situações, como a apresentada, de maneira adequada.

REFERÊNCIAS

MARCO, M. A. et al. **Laboratório de comunicação: ampliando as habilidades do estudante de medicina para a prática da entrevista.** Revista Interface - Comunicação, Saúde e Educação, v.14, n.32, p.217-27, jan./mar. 2010.

NETO, L. L. S. et al. **Habilidade de Comunicação da Má Notícia: o Estudante de Medicina Está Preparado?.** Revista Brasileira de Educação Médica, v. 41, n. 2, p. 260 - 268, 2017.

RIOS, IZABEL CRISTINA. **Comunicação em medicina.** Revista de Medicina, São Paulo – SP, n. 91, v. 3, p.159-62, jul./Set., 2012.

SILVA, PEDRO RIBEIRO. **A comunicação na prática médica: seu papel como componente terapêutico.** Revista Portuguesa de Clínica Geral, n.24, p.505-512, 2008.

A RELEVANCIA DAS PRÁTICAS FUNCIONAIS NA FORMAÇÃO HOLÍSTICA DO ACADÊMICO DE MEDICINA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Gabriel Barbosa de Carvalho Matos¹; Arthur Araújo Solly¹; Mariana Alves Mota¹; Natália Filardi Tafuri²

¹Acadêmicos (as) do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas-UNIPAM.

² Farmacêutica, Professora Mestre do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas-UNIPAM.

E-mail para contato: gabrielbcmatos@gmail.com

RESUMO: As Práticas Funcionais (PFs) é uma disciplina inserida dentro da proposta de metodologia ativa acoplada ao morfofuncional, durante os dois primeiros anos do curso de graduação em medicina do UNIPAM que contribui para a formação do pensamento crítico do discente. Esse trabalho visa apresentar a reflexão de discentes do curso de medicina do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM) sobre a importância da disciplina de PFs para a formação de um pensamento crítico e um profissional dinâmico, por meio da integração do ambiente prático e teórico. Durante as aulas foi exigido dos acadêmicos uma mudança de hábito, em função do contexto ativo das aulas que envolve teoria e prática de variadas disciplinas básicas do ensino médico. Foi perceptível que a realização das PFs torna o estudante de medicina mais dinâmico e autônomo, assim há a maior compreensão e fixação do conteúdo. Concluiu-se, assim, que todo esse processo de aprendizagem é imprescindível para o desenvolvimento crítico-reflexivo do discente, o que o prepara para a dinamicidade do mercado de trabalho e a atuação da prática médica.

PALAVRAS-CHAVE: Ensino. Integração. Teoria e prática.

INTRODUÇÃO

A disciplina PFs é um componente acoplado ao morfofuncional dos módulos do 1º e 2º ano do curso de medicina do UNIPAM que se dedica em combinar o conteúdo teórico, abordado pelo professor, para que haja um embasamento sólido para a realização da prática. A disciplina vem como mais um importante variável da metodologia ativa focada no aprendizado baseado em problemas, evidenciando o contexto clínico para o aprendizado, buscando o desenvolvimento da habilidade do trabalho em grupo e individualizado, sendo o acadêmico o foco principal e um corresponsável no processo de aprendizagem (SOUZA; DOURADO, 2015). As PFs, inseridas no contexto de metodologias ativas, exigiu assim em um primeiro momento, uma mudança de hábito dos acadêmicos, até então conhecedores do ensino tradicional (ALMEIDA; BATISTA, 2013; SOUZA; DOURADO, 2015). Sendo assim, em função de todas essas considerações relacionadas, pode-se perceber que a disciplina de PFs intenciona a formação de um profissional com visão holística (SOUZA; DOURADO, 2015),

mostrando à abordagem de múltiplos conceitos teóricos fundamentais aliados à prática, fortalecendo as habilidades necessárias para a atuação clínica.

OBJETIVOS

Apresentar a reflexão de acadêmicos do curso de medicina do Centro Universitário de Patos de Minas-UNIPAM sobre a importância da disciplina de PFs, ocorridas no período de 2016 a 2018, para a formação de um pensamento crítico e um profissional dinâmico, por meio da integração do ambiente prático e teórico.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Durante as aulas, as turmas de cada período são divididas em três horários distintos, facilitando o processo de aprendizagem por grupos menores, propiciando uma maior atenção do docente e interação com o mesmo. A disciplina abrange de forma integrada variadas áreas do conhecimento básico da medicina, entre elas: Fisiologia, Imunologia, Farmacologia e Bioquímica. A aula, contextualizada com os conceitos de disciplinas básicas dos dois primeiros anos é dividida em três etapas: explicação do professor, realização da prática e discussão dos resultados. Na primeira etapa, os acadêmicos escutam a explanação da teoria para a compreensão do assunto abordado, somado à explicação da metodologia das práticas a serem realizadas, nesse momento da aula, há uma espécie de norteamento dos grupos de ensino, dizendo até onde cada um deve aprofundar mais o conhecimento, sempre lembrando que há uma plena associação deste conteúdo das PFs com o módulo teórico vigente. Posteriormente, cada ilha realiza a parte prática com as respectivas análises, utilizando diversos meios de buscas do conhecimento, como livros, artigos e outros materiais *on line*, tudo isso com o auxílio do professor para qualquer eventual dúvida que venha a surgir no grupo, além dessa busca ativa, há uma intensa discussão entre os integrantes do grupo sobre conteúdos pesquisados por cada um. Por fim, ocorre o momento de maior integração e agregação de conteúdos, a discussão dos resultados, já que há um debate relacionando conhecimento do ciclo básico e clínico com os resultados da atividade. Nesse último momento da aula, como há uma discussão geral sobre como foi o andamento da pesquisa, há um nivelamento entre os grupos, tudo isso aliado a perguntas feitas pelo docente para instigar a discussão entre os acadêmicos.

DISCUSSÃO

É notório que a realização das PFs muda o foco da simples repetição de conhecimentos para o desenvolvimento de competências e habilidades que incentivam constantemente a cognição dos acadêmicos (CARABETTA JR; VALTER,2016). Evidencia-se que as PFs tornam o estudante de medicina mais dinâmico e autônomo, assim há a maior compreensão e fixação do conteúdo. Além disso, os acadêmicos se tornam mais engajados no conhecimento, buscando de forma ativa aprofundar e correlacionar várias áreas de conhecimento, importantes na formação médica. Outro ponto positivo, é o desenvolvimento da habilidade de investigação científica. Sobre a mescla de explanação passiva de conhecimento com a busca ativa do acadêmico, facilita o norteamento de quais fontes e conteúdos os acadêmicos devem buscar, ocorrendo uma harmonia entre as turmas. A interação entre os acadêmicos durante a terceira parte da aula é relevante já que a discussão em grupo proporciona um ambiente cooperativo e motivador, além de solidificar a teoria abordada na aula e o permite melhorar sua capacidade de argumentação.

CONCLUSÕES

O ambiente da aula proporciona maior incentivo ao acadêmico para estudar, desenvolvendo habilidades auto didáticas e, assim, uma evolução do senso crítico-reflexivo. Outrossim, esse ambiente prático aliado ao teórico, elimina qualquer possível falta de engajamento por parte do acadêmico, tornando esse momento de aprendizagem mais eficaz. Nesse contexto o acadêmico consegue aliar teoria e prática, fundamentais para um conhecimento seguro, que lhe será muito exigido na futura prática médica, entendendo o verdadeiro motivo para que ele estude esse conteúdo abordado em ambiente universitário. Além disso, a disciplina que gera uma maior autonomia e discussão em grupo, propicia um desenvolvimento do pensamento crítico desse acadêmico, visto que não basta apenas uma aquisição passiva de conhecimento, mas sim uma abordagem aliando a teoria à prática, facilitando a consolidação desse conteúdo aprendido. Então, apesar de ser uma grade curricular relativamente nova, ela mostra que veio para consolidar ainda mais a força e os resultados trazidos pela metodologia ativa na formação de acadêmicos de medicina críticos e com uma visão ampla da profissão.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. G.; BATISTA, N. A. Desempenho docente no contexto PBL: essência para aprendizagem e formação médica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v.37, n.2,192-201, jun. 2013.

CARABETTA JR, Valter. Metodologia ativa na educação médica. **Revista de Medicina**, v. 95, n. 3, p. 113-121, 2016.

FARIAS, Pablo Antonio Maia de; MARTIN, Ana Luiza de Aguiar Rocha; CRISTO, Cinthia Sampaio. Aprendizagem ativa na educação em saúde: percurso histórico e aplicações. **Rev. bras. educ. méd**, v. 39, n. 1, p. 143-150, 2015.

SOUZA, S. C.; DOURADO, L. Aprendizagem Baseada em Problemas (APB): um método de aprendizagem inovador para o ensino educativo. **HOLOS**. [s.l.],v.5, p.182-200, set. 2015. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte (IFRN).

DESEMPENHO DO UNIPAM NA ANASEM

Valeska Balen Ronsoni¹; Monique Martins¹; Liliane Silva Anjos¹; Thainá Pereira Nascimento¹; Vinicius Balen Ronsoni²; Priscila Capelari Orsolin³; Maura Regina Guimarães Rabelo⁴

¹Acadêmicos do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas;

²Acadêmico do Curso de Medicina das Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central;

³Docente pelo curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas;

⁴Coordenadora do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas.

E-mail para contato: valeskaronsoni@outlook.com

RESUMO: O objetivo do presente estudo é analisar o desempenho do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM) na prova da Avaliação Nacional Seriada dos estudantes de Medicina (ANASEM) aplicada aos discentes do segundo ano do curso em 2016. Para isso foi consultado o site da ANASEM onde foi obtido o desempenho dos alunos UNIPAM e posteriormente comparado à média dos resultados obtidos pelos alunos no Brasil, Sudeste e Minas Gerais. Os alunos do UNIPAM obtiveram melhor desempenho que a média nacional, regional e estadual nas questões objetivas. Nas questões discursivas, em apenas um item de seis o desempenho da universidade foi inferior à média. O curso oferecido pelo UNIPAM apesar de relativamente novo (8 anos em 2016), busca se adequar às mais novas metodologias de ensino e devido a isso obteve resultados superiores às médias das universidades particulares e de maneira geral, alcançou um nível de proficiência melhor que o nacional regional e estadual.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação Educacional. Educação Médica. Desempenho Acadêmico.

INTRODUÇÃO

Um crescimento exponencial do número de médicos vem acontecendo há mais de 50 anos no Brasil. No período de 1970 a 2015 houve um aumento de 633% desses profissionais, enquanto a população brasileira aumentou 116%. Neste mesmo período, houve um aumento constante na razão médico/habitante. Em janeiro de 2018 o Brasil contava com 2,18 médicos por mil habitantes (SCHEFFER et al., 2018). Além disso, o número de escolas médicas passou de 83 para 234, constatando-se um aumento de 282% nos últimos 24 anos (CFM, 2014).

Prevista ainda em 2013 no Programa “Mais Médicos” e de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) aprovadas em 2014, a Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina- ANASEM seria aplicada de forma seriada aos alunos do 2º, 4º e 6º anos de medicina, a fim de verificar a aquisição de habilidades e competências, como

também poderia ser utilizada como critério para ingresso em programas de residência médica (Brasil, 2014), (INEP, 2016).

O Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM) oferece o curso de medicina desde o ano de 2008 e visando conformar-se às propostas das DCN's aderiu à metodologia ativa PBL (Problem Based Learning - Aprendizado Baseado em Problemas) no ano de 2012. A grade curricular do ciclo básico e intermediário se baseia em: Habilidades Profissionais, Integração Ensino Serviço Comunidade (INESC) e Módulos Temáticos.

OBJETIVOS

Analisar o desempenho do UNIPAM na prova da ANASEM, comparando com os desempenhos nacional, regional e estadual.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional descritivo. Foram consultados artigos científicos sobre o assunto por meio das bases de dados Scielo, Lilacs, Pubmed e Google Acadêmico utilizando os descritores: “anasem”, “educação médica”, “diretrizes curriculares”, “medicina”, “metodologias ativas”. O período de busca foi de Maio a Setembro de 2018. Através de consulta ao site da ANASEM pelo endereço eletrônico <http://anasem.inep.gov.br/anasem/#/inicio> foram obtidos os dados a respeito do desempenho dos estudantes na primeira edição da prova, realizada no ano de 2016. Os resultados obtidos pelos alunos do UNIPAM nas questões objetivas e discursivas foram comparados ao desempenho nacional, regional e estadual. Também foi comparado aos resultados obtidos por universidades particulares, municipais, estaduais e federais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A prova foi composta por 60 questões de múltipla escolha com 04 alternativas de resposta e 03 questões dissertativas com 02 subitens cada uma. Para análise e cálculos das habilidades foi utilizada a Teoria da Resposta ao Item (TRI), que leva em conta as questões que o aluno acerta e também aquelas que ele erra, ou seja, considera a coerência das respostas. O desempenho dos participantes foi expresso como média de proficiência, divididos em 3 níveis, de acordo com o valor do escore: básico (<85), adequado (85 a <120) e avançado (>ou= 120).

A primeira edição da ANASEM avaliou 24.638 alunos e 256 cursos, sendo 102 instituições no sudeste e 36 em Minas Gerais. As médias de proficiência segundo categoria administrativa da Instituição de Ensino Superior (IES) do Brasil e da região Sudeste, revelaram que as maiores médias de proficiência foram obtidas nas instituições Estaduais, seguidas por Federais, Municipais e Particulares. Na classificação geral, o estado de Minas Gerais encontra-se na décima colocação com Média de Proficiência de 100,3.

Realizaram a prova 64 alunos do UNIPAM ingressantes no ano de 2015 e cursando o 2º ano de medicina. Os participantes alcançaram uma média de proficiência de 102,4. Em relação ao nível dos alunos, nenhum aluno (0%) estava no nível básico, 62 alunos (96,9%) estavam no nível adequado e 2 alunos (3,1%) estavam no nível avançado. Comparando-se com o desempenho nacional, regional e estadual, o UNIPAM obteve maior porcentagem de alunos nos níveis adequado e avançado, e menor porcentagem no nível básico.

Os temas e desempenho dos estudantes nas questões discursivas são apresentados a seguir. A questão 01 abordava os temas tabagismo e Número Necessário a Tratar (NTT). No item “a” os alunos do UNIPAM (11,7) e de todo o Brasil (59,4) obtiveram o pior escore dentre as questões discursivas. Comparativamente os alunos do UNIPAM obtiveram menor escore no item “a” (11,7), enquanto que no item “b” (403,1) o desempenho foi melhor. A questão 02 tratava da epidemiologia da dengue e gestão em saúde. No item “a” o desempenho do UNIPAM (537,5) pouco se desviou da média nacional (515,2) e estadual (534,6), ficando um pouco inferior à média regional (538,6). Já no o item “b” o UNIPAM (537,5) apresentou média maior que a nacional (459,2), regional (465,2) e estadual (476,4). A questão 03 trouxe o tema visita domiciliar e relação médico paciente. Os alunos do UNIPAM se mostraram mais bem preparados para responder tanto o item “a” quanto o item “b”, 558,6 e 390,6 respectivamente. Obtendo resultados superiores aos nacionais (486,0 e 332,9) regionais (505,6 e 333,7) e estaduais (499,4 e 343,5).

CONCLUSÃO

O crescimento exponencial no número de escolas médicas e alterações recentes das DCNs justifica uma avaliação nacional dos estudantes de medicina. O curso oferecido pelo UNIPAM apesar de relativamente novo, tinha 8 anos em 2016, busca se adequar às mais novas metodologias de ensino.

Na prova da ANASEM o UNIPAM obteve resultados superiores à média nacional e às médias das universidades particulares. Nas questões objetivas alcançou um nível de proficiência

melhor que o do Brasil, Sudeste e Minas Gerais. Dentre as seis questões discursivas, apenas em um item o resultado do UNIPAM ficou aquém do nacional, regional e estadual, enquanto que nos demais obteve resultado além do escore médio do Brasil.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. C. (2014). O PBL no curso de medicina da UEFS e as atuais políticas públicas orientadas para esse nível de ensino. *Seminário Internacional de Educação Superior*.

BORGES, M. C., Chachá, S. G., Quintana, S. M., Freitas, L. C., & Rodrigues, M. V. (2014). Aprendizado baseado em problemas. *Revista FMRP*.

CFM. (25 de Junho de 2014). *Conselho Federal de Medicina*. Fonte: portal.cfm.org.br
1 Fini, M. I. (Setembro de 2016). Fonte: INEP.

INEP. (setembro de 2016). INEP. Acesso em Junho de 2018, disponível em INEP: <http://portal.inep.gov.br/anasem>

INEP. (27 de Março de 2017). Fonte: Portal INEP: http://portal.inep.gov.br/artigo/-/asset_publisher/B4AQVgzFY7Bv/content/divulgados-os-resultados-da-anasem-2016/21206

INEP. (s.d.). ANASEM. Fonte: <http://anasem.inep.gov.br/anasem/#/>

SCHEFFER, M., Cassenote, A., Guilloux, A. G., Miotto, B. A., & Mainardi, G. M. (2018). *Demografia Médica no Brasil 2018*.

Efeitos da Terapia do Riso: uma Revisão de Literatura

Débora Caixeta Amâncio¹; Fernanda Campos D'Avila¹; Laís Moreira Borges Araujo²; Natália de Fátima Gonçalves Amâncio².

¹Acadêmicos do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas;

²Docentes do Curso de Medicina do Centro Universitário Patos de Minas.

E-mail para contato: deboraamancio@unipam.edu.br

RESUMO

Introdução: A terapia do riso é usada na prática médica como uma alternativa de tratamento não invasivo e não farmacológico de inúmeras doenças, estimulando componentes motores e emocionais que promovem mecanismos de promoção de saúde e bem-estar. **Objetivos:** Identificar os efeitos da Terapia do Riso no processo saúde-doença. **Materiais e Métodos:** Este trabalho consiste em uma revisão sistemática de literatura de 27 publicações no período de 2013 a 2018, encontrados nas bases de dados BVS, EBSCO e SCIELO com o descritor “Laughter Therapy”. **Resultados:** Os artigos demonstraram em sua maioria efeitos positivos do riso, como a redução de dor, depressão, ansiedade, sensação de abandono e estresse; e aumento de motivação, moral, alegria, auto-estima, bem-estar, qualidade de vida, resposta imunológica e resiliência. Mas também houve aqueles que abordassem divergências sobre o efeito positivo de alguns pontos de outros artigos, não tendo encontrado correlação com a Terapia do Riso. Um artigo abordou efeitos perigosos do riso. **Discussão:** A terapia do riso contribui com a melhora a respiração, estimula a circulação, diminui os hormônios do estresse, aumenta as defesas do organismo, eleva o limiar e a tolerância da dor e melhora o funcionamento mental. **Conclusão:** Apesar do riso não ser puramente benéfico, é bastante favorável quando ocorre de maneira equilibrada. Portanto, a terapia do riso é uma excelente ferramenta para combater os danos provocados por inúmeras doenças.

PALAVRAS-CHAVE: Processo saúde-doença. Riso. Saúde Pública. Terapia do Riso.

INTRODUÇÃO

A terapia do riso é usada na prática médica como uma alternativa de tratamento não invasivo e não farmacológico de inúmeras doenças, seja de forma complementar a outras terapias ou utilizada de modo exclusivo. O riso possui componentes motores, como movimentos faciais bilaterais, e emocionais, como a alegria. Seu mecanismo de atuação envolve múltiplos circuitos corticais e subcorticais, sistema límbico, áreas especiais (visual, auditiva e olfativa) e o eixo hipotálamo-hipófise, que quando estimulados pela ação de rir, liberam endorfinas, encefalinas e neurotransmissores, como a serotonina e a dopamina, responsáveis por variados efeitos que promovem a saúde, principalmente a partir da redução do estresse e do fortalecimento do sistema imunológico (PIRES et al., 2015). Além

disso, a terapia do riso eleva o estado de humor, o que diminui o sofrimento e permite a suavização das dificuldades diárias enfrentadas no processo saúde-doença (SATO et al., 2016).

OBJETIVO

Identificar os efeitos da Terapia do Riso no processo saúde-doença.

METODOLOGIA DE BUSCA

O presente estudo consiste em uma revisão de literatura sistemática sobre a Terapia do Riso e seus efeitos no processo saúde-doença. Foram selecionados artigos nas bases de dados BVS, EBSCO e SCIELO. A busca foi realizada no mês de setembro de 2018, com o descritor “Laughter Therapy”. Foram considerados estudos publicados no período compreendido entre janeiro de 2013 e julho de 2018.

A estratégia de seleção dos artigos seguiu as seguintes etapas: busca nas bases de dados selecionadas; leitura dos títulos de todos os artigos encontrados e exclusão daqueles que não abordavam o assunto; leitura crítica dos resumos dos artigos e leitura na íntegra dos artigos selecionados nas etapas anteriores. Foram encontrados 201 artigos dos quais foram lidos os títulos e resumos publicados.

Como critérios de inclusão, foram considerados artigos originais, que abordassem o tema pesquisado e permitissem acesso integral ao conteúdo do estudo, sendo excluídos aqueles estudos que não obedeceram aos critérios de inclusão supracitados. Após leitura criteriosa das publicações, 174 artigos não foram utilizados devido aos critérios de exclusão. Dessa forma, 27 artigos foram utilizados e analisados no presente estudo (Tabela 1).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1 – Efeitos da Terapia do Riso encontrados nas publicações do período de 2013 a 2018

Estudo	Achados principais
1. NOURELDEIN, EID, 2018	Retardo do aparecimento de complicações diabéticas Melhora das funções cardiovasculares e do sistema imune
2. SANTOS, MORO, JENARO, 2018	Impacto no crescimento pessoal, melhora do humor, avaliação do riso como atividade física e recreativa, fortalecimento das relações interpessoais ↑motivação
3. BEN-PAZI ET AL, 2017	↓sensação de dor
4. CATAPAN, 2017	↓cortisol salivar ↓ansiedade pré-operatória Ressignificação do ambiente hospitalar e do próprio ser
5. SÁNCHEZ, ET AL., 2017	Efeitos benéficos nos níveis de estresse e cortisol
6. TAYLOR, LYUBOMISKY, STEIN, 2017	↑afeto positivo ↑bem-estar psicológico ↓afeto negativo ↓ansiedade ↓sintomas de depressão
7. ALCÂNCTRA ET AL., 2016	↓efeitos do ambiente estressor Melhorar o estado emocional das crianças ↓percepção de dor ↑pressões arteriais sistólicas e diastólicas
8. BRITO ET AL., 2016	Construção de possíveis soluções para as dificuldades enfrentadas no cotidiano
9. COUTINHO, LIMA, BASTOS, 2016	↑da autoestima ↓álgica Melhora da receptividade dos procedimentos, do quadro clínico e da interação com o enfermeiro, favorecendo a humanização do ambiente hospitalar
10. FELLUGA ET AL., 2016	↓ansiedade
11. SATO ET AL., 2016	Ressignificação do ambiente hospitalar

	Empoderamento de pacientes Modelo de relação para toda a equipe de saúde
12. SRIDHARAN, SIVARAMAKRISHNAN, 2016	Em crianças e em seus pais: ↓ níveis de estresse ↓ ansiedade
13. VENROOIJ, BARNHOORN, 2016	Impacto positivo da experiência para pacientes ↔ eficácia clínica
14. BENNETT ET AL., 2015	↔ felicidade, humor e otimismo ↓ estresse Estudos maiores são necessários
15. CHA, HONG, 2015	↑ liberação da serotonina ↓ depressão
16. KIM ET AL., 2015	Melhorar o estado de humor e a autoestima
17. KIM, KIM, KIM, 2015	↓ ansiedade ↓ depressão ↓ estresse
18. MEIRI ET AL., 2015	↓ duração do choro ↓ ansiedade
19. PIRES ET AL., 2015	Grupo intervenção: ↔ casos de depressão, ↓ progressão da depressão Grupo controle: ↑ casos de depressão
20. QUINTERO ET AL., 2015	↓ grau de depressão ↔ solidão.
21. RYU ET AL., 2015	↑ resposta imune (IgA)
22. BENNETT ET AL., 2014	Para diálise: requerer mais pesquisas. Em outras situações: ↑ densidade mineral óssea (DMO) ↑ autoavaliação da saúde ↓ HbA1C

	<p>↓fadiga</p> <p>↑hiperinflação pulmonar</p> <p>↑satisfação com a vida</p> <p>↓depressão</p> <p>↑qualidade do sono</p> <p>↑qualidade de vida</p> <p>↑resiliência</p> <p>↔resposta imunológica (célula T e NK)</p> <p>↔depressão</p> <p>↓ansiedade</p> <p>↔estresse</p>
	<p>↔comportamentos mal adaptativos</p> <p>↑atividade celular natural killer</p> <p>↓IL-6 e IL4</p>
23.DANTAS ET AL., 2014	<p>Melhora do humor</p> <p>↑ alegria</p> <p>Amenização da rotina hospitalar</p> <p>Melhoria da autoestima</p> <p>↓dor</p> <p>↓sensação de abandono</p> <p>↑perspectiva de melhora</p> <p>Motivação do paciente</p>
24.BARKMANN ET AL., 2013	<p>↑moral</p> <p>↓estresse nos pacientes.</p> <p>Pais e funcionários do hospital também se beneficiam</p>
25.CHANG, TSAI, HSIEH, 2013	<p>Melhora dos estados de humor</p> <p>↓níveis de cortisol</p>
26.FERNER, ARONSON, 2013	<p>Benefícios:</p> <p>↓raiva</p>

↓ansiedade

↓depressão

↓estresse

↓tensão (psicológica e cardiovascular)

↑limiar de dor

↓risco de infarto do miocárdio

↑gasto energético

↓concentração de glicose no sangue Melhora da função pulmonar

Perigos: síncope cardíaca e esofágica, ruptura e protrusão de hérnias abdominais, ataques de asma, enfisema interlobular, cataplexia, dores de cabeça, luxação da mandíbula e incontinência de estresse rindo como um dreno

Benefício-equilíbrio é provavelmente favorável

27.VILLAMIL ET AL., 2013 Ajuda a encontrar forças para melhorar seu presente e assim alcançar mudanças no indivíduo que são revertidas positivamente e sua relação com o ambiente

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A partir da análise dos artigos foram identificados vários efeitos benéficos da terapia do riso nos diversos sistemas fisiológicos. Apenas o estudo de Venrooij, Barnhoorn (2016), disse não haver eficácia clínica na terapia do riso, identificando somente benefícios psicológicos. Em relação à diminuição do estresse negativo, oito artigos identificaram esse fenômeno, enquanto um declarou não haver redução significativa. A atuação do riso responsável por esse fenômeno se dá pela interrupção do mecanismo neuroendócrino do estresse, com a diminuição dos níveis séricos de cortisol, epinefrina, hormônio do crescimento e 3,4-dihidrofenilacético (catabólito principal da dopamina). Ocorre também aumento da cromogenina A, uma glicoproteína ácida secretada pelas glândulas suprarrenais e terminações nervosas simpáticas, que após o estímulo do riso, aumenta a eficiência do indivíduo.

O riso também atua aumentando os níveis de neurotransmissores responsáveis pela sensação de bem-estar, como dopamina, endorfina e serotonina, diminuindo depressão, ansiedade, sensação de dor, transtornos emocionais, distúrbios do sono, agressividade, além de melhorar a autoestima (NOURELDEIN, EID, 2018). Esses benefícios foram

apontados por 18 estudos. No sistema imunológico, há divergências quanto aos efeitos do riso sobre as células natural killer (NK). Dois estudos relatam aumento da atividade e da funcionalidade dessas células, enquanto o estudo de Bennett et al., (2014), mostra que os benefícios dependem do estado em que o paciente se encontra. Ocorre também aumento dos níveis de imunoglobulinas A, G, M e complemento C3, além dos níveis de marcadores de superfície, aliviando muitas condições inflamatórias. Pode haver ainda diminuição dos níveis de IL-6 em pacientes reumáticos e do efeito alergênico IgE, IgG4, além de aumento da concentração de IgA, responsável pela inibição das reações alérgicas. Pode ser que isso aconteça pela redução do fator de crescimento do nervo (NGF), que aumenta em casos de estresse e causa efeitos contrários aos supracitados.

O riso também melhora funções cardiovasculares, analisadas em três estudos. Ele age no eixo hipotálamo-hipófise-adrenais reduzindo a secreção de epinefrina e estimulando o hipotálamo e a hipófise a secretar beta endorfinas que atinge o endotélio vascular e induz a liberação de óxido nítrico, causando vasodilatação endotelial, aumento da complacência arterial e redução da agregação plaquetária. Assim, ocorre diminuição da pressão sanguínea e do estresse oxidativo (NOURELDEIN, EID, 2018). Há ainda benefícios respiratórios, como a melhoria da função e da capacidade pulmonar, e metabólicos, visto a redução da glicemia pós-prandial. Os artigos apontaram também os benefícios psicológicos da terapia do riso, estando inter-relacionados com os efeitos fisiológicos, visto que as inúmeras melhorias já relatadas proporcionam a positividade do humor tanto pela redução dos danos, quanto pela distração das dificuldades enfrentadas no processo saúde-doença, ressignificando o ambiente ao redor do paciente e melhorando a motivação geral (SANTOS, MORO, JENARO, 2018). Por fim, o estudo de Ferner, Aronson (2013), mostrou os prejuízos do riso. Mas eles foram identificados como danos imediatos e relacionados à alta dose.

CONCLUSÕES

Conclui-se que o riso não é puramente benéfico, mas bastante favorável quando ocorre de maneira equilibrada, visto que melhora a respiração, estimula a circulação, diminui os hormônios do estresse, aumenta as defesas do organismo, eleva o limiar e a tolerância da dor e melhora o funcionamento mental. Assim, a terapia do riso é uma excelente ferramenta para combater os danos provocados por inúmeras doenças.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTRA, P. L. et al. Efeito da interação com palhaços nos sinais vitais e na comunicação não verbal de crianças hospitalizadas. **Revista Paulista de Pediatria**, v.34, n.4, p.432-438, 2016.

BARKMANN, C. et al. Clowning as a supportive measure in paediatrics - a survey of clowns, parents and nursing staff. **BMC Pediatrics**, v.13, p.166, 2013.

BEN-PAZI, H. et al. Clown-care reduces pain in children with cerebral palsy undergoing recurrent botulinum toxin injections- A quasirandomized controlled crossover study. **PLOS ONE**, 7 abr. 2017.

BENNETT, P. N. et al. Intradialytic Laughter Yoga therapy for haemodialysis patients: a pre-post intervention feasibility study. **BMC Complementary and Alternative Medicine**, v.15, p.176, 2015.

BENNETT, P. N. Laughter and Humor Therapy in Dialysis. **Seminars in Dialysis**, v.27, n.5, p.488-493, set-out 2014.

BRITO, C. M. D. de, et al. O humor e o riso na promoção de saúde: uma experiência de inserção do palhaço na estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.2, p.553-562, 2016.

CATAPAN, S. de C. **SIGNIFICADOS DAS PRÁTICAS DOS "TERAPEUTAS DA ALEGRIA" SOBRE PACIENTES ADULTOS INTERNADOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**. Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. 29 jun. 2017, p.115.

CHA, M. Y., HONG, H. S. Effect and Path Analysis of Laughter Therapy on Serotonin, Depression and Quality of Life in Middle-aged Women. **J Korean Acad Nurs**, v.45, n.2, p.221-230, 2015.

CHANG, C., TSAI, G., HSIEH, C. Psychological, immunological and physiological effects of a Laughing Qigong Program (LQP) on adolescents. **Complementary Therapies in Medicine**, v.6, n.21., p.660-668, dez. 2013.

COUTINHO, M. O., LIMA, I. C., BASTOS, R. A. Terapia do riso como instrumento para o processo de cuidado na ótica dos acadêmicos de enfermagem. **ABCS Health Sci**, v.41, n.3, p.163-167, 2016.

DANTAS, F. R. A. et al. A CONTRIBUIÇÃO DO LAZER NO PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO: UM ESTUDO DE CASO SOBRE OS BENEFÍCIOS DO PROJETO RISOTERAPIA. Belo Horizonte, **Licere**, v.17, n.2, jun. 2014.

FELLUGA, M. et al. A quasi randomized-controlled trial to evaluate the effectiveness of clowntherapy on children's anxiety and pain levels in emergency department. **Eur J Pediatr**, v.175, p.645-650, 2016.

FERNER, R. E., ARONSON, J. K. Laughter and MIRTH (Methodical Investigation of Risibility, Therapeutic and Harmful): narrative synthesis. **BMJ**, v.347, p.7274, dez. 2013.

KIM, S. H. et al. The Effects of Laughter Therapy on Mood State and Self-Esteem in Cancer Patients Undergoing Radiation Therapy: A Randomized Controlled Trial. **THE JOURNAL OF ALTERNATIVE AND COMPLEMENTARY MEDICINE**, v.21, n.4, p.217-222, 2015.

KIM, S. H., KIM, Y. H., KIM, H. J. Laughter and Stress Relief in Cancer Patients: A Pilot Study. Hindawi Publishing Corporation, **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, Article ID 864739, 6 pages, 2015.

MEIRI, N. et al. The effect of medical clowning on reducing pain, crying, and anxiety in children aged 2–10 years old undergoing venous blood drawing—a randomized controlled study. *Eur J Pediatr* v.175, p.373–379, 2016.

NOURELDEIN, M. H., EID, A. A. Homeostatic effect of laughter on diabetic cardiovascular complications: The myth turned to fact. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v.135, p.111-119, 2018.

PIRES, W. G. B. et al. EFEITO DA INTERVENÇÃO CLOWN NO PADRÃO DE DEPRESSÃO DE IDOSOS EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA. **CIENCIA Y ENFERMERIA**, v.XXI, n.2, p.99-111, 2015.

QUINTERO, A. et al. Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados. **Biomédica**, v.35, p.90-100, 2015.

RYU, K. H., SHIN, H. S., YANG, E. Y. Effects of Laughter Therapy on Immune Responses in Postpartum Women. **THE JOURNAL OF ALTERNATIVE AND COMPLEMENTARY MEDICINE**, v.21, n.12, p.781-788, 2015.

SANTOS, P., MORO, L., JENARO, C. Desarrollo de un Taller de risaterapia con un grupo de personas mayores. **Rev. Fac. Nac. Salud Pública**, v.36, n.1, jan.-abr. 2018.

SÁNCHEZ, J. C. Effects of a Humor Therapy Program on Stress Levels in Pediatric Inpatients. **HOSPITAL PEDIATRICS**, v.7, n.1, jan. 2017.

SATO, M. et al. Clowns: a review about using this mask in the hospital environment. **Interface**, Botucatu, v.20, n.56, p.123-34, 2016.

SRIDHARAN, K., SIVARAMAKRISHNAN, G. Therapeutic clowns in pediatrics: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Eur J Pediatr**, v.175, p.1353-1360, 2016.

TAYLOR, C. T., LYUBOMIRSKY, S., STEIN, M. B. Upregulating the positive affect system in anxiety and depression: Outcomes of a positive activity intervention. **DEPRESSION AND ANXIETY**, v.34, n.3., mar. 2017.

VENROOIJ, L. T. van, BARNHOORN, P. C. Hospital clowning: a paediatrician's view. **Eur J Pediatr**, v.176, p.191–197, 2017.

VILLAMIL, M. et al. Terapia de la risa en un grupo de mujeres adultas. **Rev. Fac. Nac. Salud Pública**, v.31

INICIAÇÃO CIENTÍFICA NO CURSO DE MEDICINA: contribuições e desafios

Lucas Barone da Rocha¹; Raíssa Aparecida da Silva Santos¹; Marianna Camilo Rezende¹; Patrícia Vanço¹; Iuri Pimenta Oliveira¹; Natália de Fátima Gonçalves Amâncio².

¹Acadêmicos do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas;

²Doutora em Promoção de Saúde. Docente no curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM.

E-mail para contato: lucasbaronedarocha@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A pesquisa deve ser considerada um princípio educativo e instrumento básico de formação, possibilitando a construção de novos saberes. As Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de medicina de 2014 discorrem sobre promoção do pensamento científico e crítico e apoio à produção de novos conhecimentos, evidenciando a relevância das competências para a pesquisa no período da graduação médica. A pesquisa deve ser vista como um instrumento de formação do estudante de medicina e um princípio educativo que permite a construção de novos conhecimentos. **Objetivo:** realizar um levantamento sobre o desenvolvimento de pesquisas do curso de medicina no Programa de Bolsas de Iniciação Científica do Centro Universitário de Patos de Minas. **Metodologia:** Estudo quantitativo, descritivo do tipo transversal, realizado no mês de setembro de 2017. **Resultados e Discussão:** Do primeiro ano em que o curso de medicina do Centro universitário de Patos de Minas começou a submeter trabalhos para o Programa de Iniciação Científica da instituição, teve um aumento considerável, que pode ser explicado pelo fato dos alunos melhorarem o currículo para os processos de residência. **Conclusão:** a quantidade de trabalhos aumentou consideravelmente do ano de 2010 para o ano de 2018, e mesmo com esses dados faz-se necessário uma maior estimulação dos alunos. A pesquisa científica auxilia o futuro profissional ao desenvolvimento de uma melhor capacidade de juízo crítico, o que o auxiliará não só na feitura do diagnóstico, como também na análise para tomada de decisões.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Médica. Pesquisa. Produção Científica e Tecnológica. Promoção da Pesquisa.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o termo saúde não é definido apenas pela ausência de doenças, mas também como situação de bem-estar físico, mental e social. Nesta perspectiva, a pesquisa deve ser considerada um princípio educativo e instrumento básico de formação, possibilitando a construção de novos saberes e profissionais que levem em consideração o contexto social, os determinantes sociais do processo de saúde-doença em que o indivíduo está inserido.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de medicina do ano de 2014, discorrem sobre promoção do pensamento científico e crítico e apoio à produção de novos conhecimentos,

evidenciando a relevância das competências para a pesquisa no período da graduação médica. Conforme evidencia RODRIGUES, 2002, p. 65

Os desafios atuais da sociedade exigem qualificações cada vez mais elevadas, ampliando-se as necessidades educacionais da população. Diante desse cenário, cresce a importância dos cursos de graduação, entendendo-se que a responsabilidade das IES com a formação do cidadão não pode se restringir a preparar o indivíduo para o exercício de uma profissão, como se fosse suficiente integrá-lo ao mundo do trabalho. Essa formação exige o compromisso com a produção de novos conhecimentos e o desenvolvimento da capacidade de adaptar-se às mudanças.

A pesquisa deve ser vista como um instrumento de formação do estudante de medicina e um princípio educativo que permite a construção de novos conhecimentos. Os projetos de iniciação científica visam a integração de ideais que inspiram as atividades universitárias contemporâneas, ensino-pesquisa-extensão, despertando os estudantes para uma atuação ética e humanista. A iniciação científica introduz o estudante da graduação em atividades de pesquisa científica e coloca o aluno em contato direto com o universo da pesquisa, sendo acompanhado por um professor orientador.

OBJETIVOS

Este estudo teve por objetivo realizar um levantamento sobre o desenvolvimento de pesquisas do curso de medicina no Programa de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) do Centro Universitário de Patos de Minas.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo quantitativo, descritivo do tipo transversal, realizado no mês de setembro de 2017. Foi solicitado junto à coordenadoria de pesquisa e extensão do Centro Universitário de Patos de Minas os dados referentes aos projetos do curso de medicina inseridos Programa de Bolsas de Iniciação Científica.

A descrição das variáveis encontradas foi feita por meio de frequências absoluta. Para construção de tabelas e gráficos utilizou-se o software Microsoft Excel.

RESULTADOS

Realizando uma análise cronológica, é possível identificar que a partir do primeiro ano em que o curso de medicina do Centro universitário de Patos de Minas começou a submeter trabalhos para o Programa de Iniciação Científica da instituição, sendo este em 2010, teve um aumento em 38 vezes se comparado ao último ano estudado. Pode-se perceber que este aumento foi gradual, excetuando-se dos anos de 2011 para 2012 no qual a redução do número de trabalhos foi de 50% e de 2016 para 2017, que teve uma redução de aproximadamente 35%.

Ademais, o ano que apresentou um elevado aumento na quantidade de trabalhos submetidos foi a transição 2017-2018, em que o aumento foi de 2,5 vezes (Tabela 1).

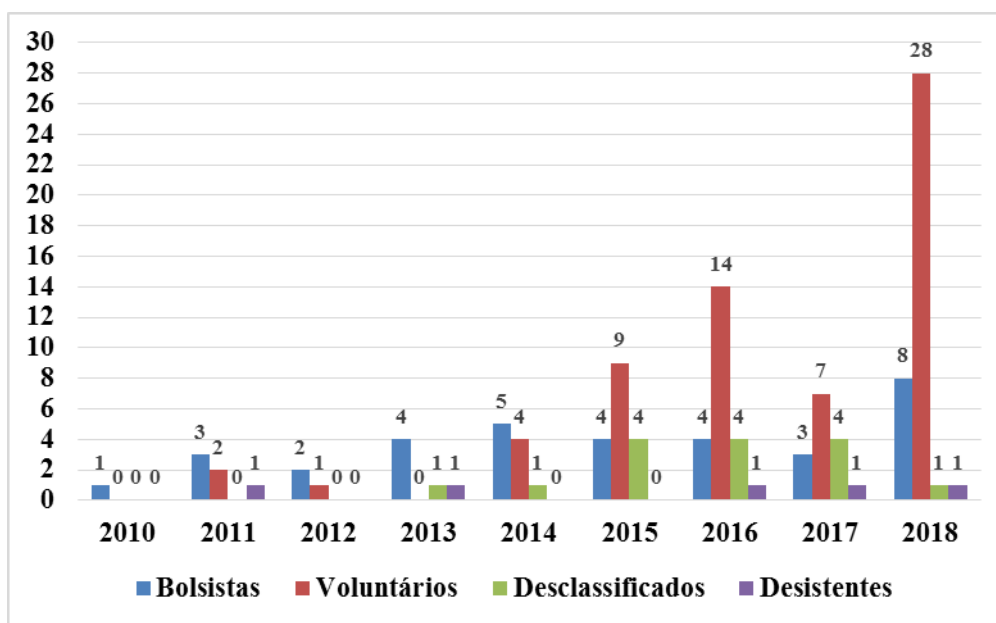
Tabela 1 – Quantidade de trabalhos submetidos pelo curso de medicina no PIBIC.

ANO	QUANTIDADE DE TRABALHOS SUBMETIDOS
2010	1
2011	6
2012	3
2013	6
2014	10
2015	17
2016	23
2017	15
2018	38

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

No que se refere a seleção de trabalhos científicos, é notável o aumento de número de trabalhos selecionados nas modalidades voluntário e bolsista, quando se compara o primeiro ano analisado (2010) com o último ano (2018). Em se tratando dos trabalhos desclassificados, do ano de 2014 para 2015 teve um aumento desse número, se mantendo constante nos anos subsequentes, e com uma grande redução comparando os anos de 2017 e 2018. Em relação aos desistentes, o número desses trabalhos se mostrou discreto durante os anos, em alguns anos tiveram apenas 01 e em outros nem tiveram desistências (Figura 1).

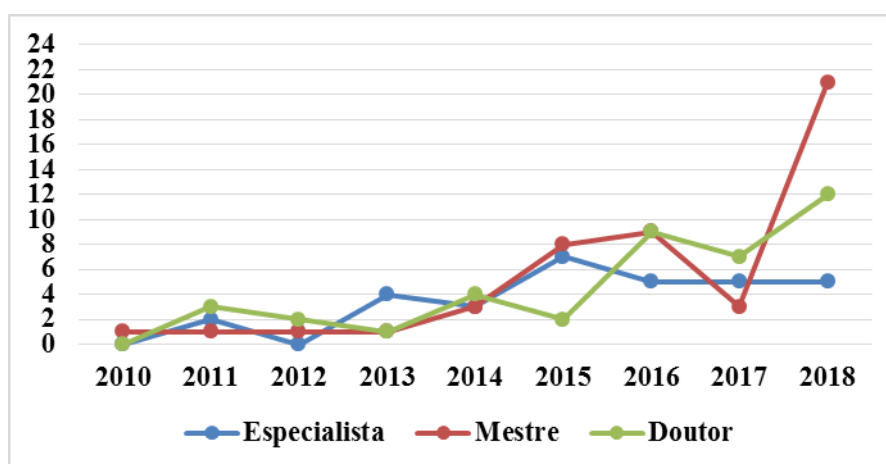
Figura 1 – Relação modalidade do Trabalho Selecionado X Quantidade X



Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

A respeito das titulações dos professores orientadores, em quase todos os anos os professores ou possuíam o título de mestre ou de doutores, e o número de especialistas diminuiu ao longo do tempo, principalmente se comparar os anos de 2015 a 2018. (Figura 2).

Figura 2 – Relação Título dos orientadores x Anos



Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

DISCUSSÃO:

O aumento do número de trabalhos com o passar dos anos se deve ao fato de melhor divulgação do PIBIC para os alunos do curso de medicina. Também, as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de medicina de 2014 discorrem sobre a estimulação do conhecimento e da prática científica.

Ademais, a realização de iniciação científica poderá agregar ao currículo do estudante, auxiliando-o na aprovação em processos de residências médicas, pois alguns processos avaliam o currículo do estudante para ingresso no processo de residência. Com o aumento do número de trabalhos, conseqüentemente se tem o aumento do número de bolsistas e voluntários. Com relação à redução do número de trabalhos desclassificados do ano de 2017 para 2018, pode-se inferir que os alunos estão sendo melhores preparados para a produção científica, e conseqüentemente, estão escrevendo trabalhos de melhores qualidades. Para explicar o aumento do número de orientadores com título de mestres e doutores, pode afirmar que os professores estão a cada ano aprimorando os seus títulos, pois a instituição está estimulando cada vez os professores no âmbito científico.

Como afirma TENÓRIO, 2010, as Diretrizes Curriculares Nacionais de medicina discorrem que as Instituições de Ensino Superior que oferecem o curso médico precisam desenvolver atividades complementares ao currículo de disciplinas obrigatórias, e é o que está sendo feito no UNIPAM, os alunos estão cada vez mais sendo estimulados à produção científica, que também afirma que muitas Instituições de Ensino Superior têm publicado, em seus sites, suas experiências de implantação desses programas, e é o que se pode perceber no site do UNIPAM, que possuem informações sobre o programa de Iniciação Científica, quantidade de bolsas, a importância da pesquisa.

CONCLUSÕES:

Conclui-se que a quantidade de trabalhos aumentou consideravelmente do ano de 2010 para o ano de 2018. Mesmo com esses dados faz-se necessário uma maior estimulação dos alunos para a produção científica na instituição, pois o número de trabalhos submetidos representa menos de 10% da quantidade de graduandos de medicina da instituição. Ademais, envolver-se em um programa de iniciação científica promove a melhora da análise crítica, maturidade intelectual e proatividade para buscar soluções.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Educação. CNE/CEB **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Brasília, 2014.

MASSI, L., QUEIROZ, SL. Iniciação científica: aspectos históricos, organizacionais e formativos da atividade no ensino superior brasileiro. São Paulo: Editora UNESP, 2015.

OLIVEIRA, N.A., ALVES, L.A., LUZ, M.R. Iniciação científica na graduação: O que diz o estudante de medicina? **Rev. Bras. De Educação Médica**, v.32, n.3, pp. 309-314, 2008.

RODRIGUES, M. E. F. **Fórum de pró-reitores de graduação das universidades brasileiras: resgatando espaços e construindo ideias**: de 1997 a 2002, Eduff: Niterói, RJ. 2002.

TENÓRIO, M. B., BERALDI G. Iniciação científica no Brasil e nos cursos de medicina. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.56, n.4, 2010.

LEVANTAMENTO DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS MAIS PREVALENTES NA MACRORREGIÃO NOROESTE DE MINAS GERAIS

Éven Aline Pereira¹; Anna Alice de Paula Marinho¹; Laís Moreira Borges Araujo².

¹ Discentes do 8º período do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM

² Docente do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM

E-mail para contato: evenalinep@gmail.com

RESUMO

O propósito do estudo é qualificar e quantificar os acometidos por doenças sexualmente transmissíveis (DST's) na macrorregião noroeste de Minas Gerais, através da análise dos prontuários de notificação compulsória do Centro de Referência Integrado Viva Vida Dona Francisca Escolástica Pereira, referência para estes pacientes, localizado em Patos de Minas. Os dados foram tabulados e os resultados apresentados sob a forma de frequência simples e de porcentagem. Os resultados proporcionam suporte à possibilidades de promoção e prevenção de saúde voltados para a população em situação de risco, otimizando ações de conscientização e combate às doenças.

PALAVRAS-CHAVE: Doenças sexualmente transmissíveis. Promoção de saúde. Saúde pública.

INTRODUÇÃO

Dentre as doenças infecciosas, as DST's estão entre as mais prevalentes do mundo. Existem mais de trinta infecções bacterianas, virais e parasitárias transmitidas pelo contato sexual, de forma vertical ou por transferência tecidual. As infecções mais comuns são gonorreia, clamídia, sífilis, tricomoníase, herpes genital, papiloma vírus humano (HPV), vírus da imunodeficiência humana (HIV) e hepatite B. As DST's são um importante problema de saúde tanto nos países em desenvolvimento quanto nos desenvolvidos, pois causam, com frequência, complicações e sequelas que geram perdas econômicas significativas. (EKŞI, et al., 2014)

No Brasil, essas doenças readquiriram importância nos últimos anos como problema de saúde pública, após novo surto de sífilis em 2017 e aumento do número de novos casos de HIV no país (BRASIL, 2015). Fatos negativos estão sendo percebidos em relação ao contexto da atenção a essas doenças em nosso país: escassez de dados epidemiológicos, discriminação dos infectados, pois a população prioritária, como homossexuais, travestis e

profissionais do sexo, tem pouca acessibilidade aos serviços, atendimento inadequado, situações de constrangimento. Uma das consequências disso é o maior risco de propagação das doenças (BRASIL, 2015).

OBJETIVO

Levantar o número de infectados por DST's atendidos no Centro de Referência Integrado Viva Vida Dona Francisca Escolástica Pereira (CEAE), em Patos de Minas - MG.

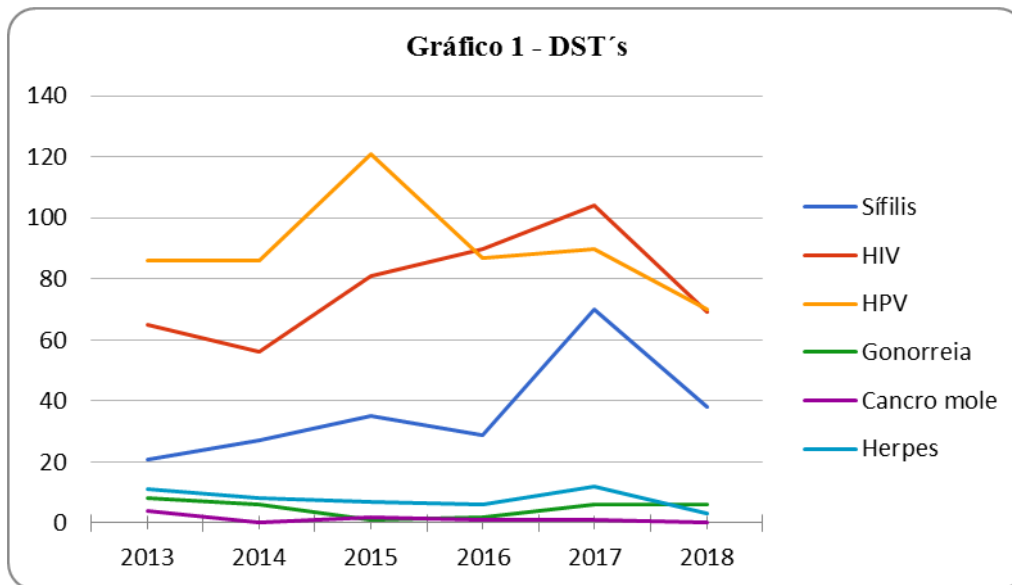
MATERIAIS E MÉTODOS

Pesquisa de campo descritiva do tipo documental, com abordagem quantitativa e transversal. Essa pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário de Patos de Minas, número do parecer 2.524.761.

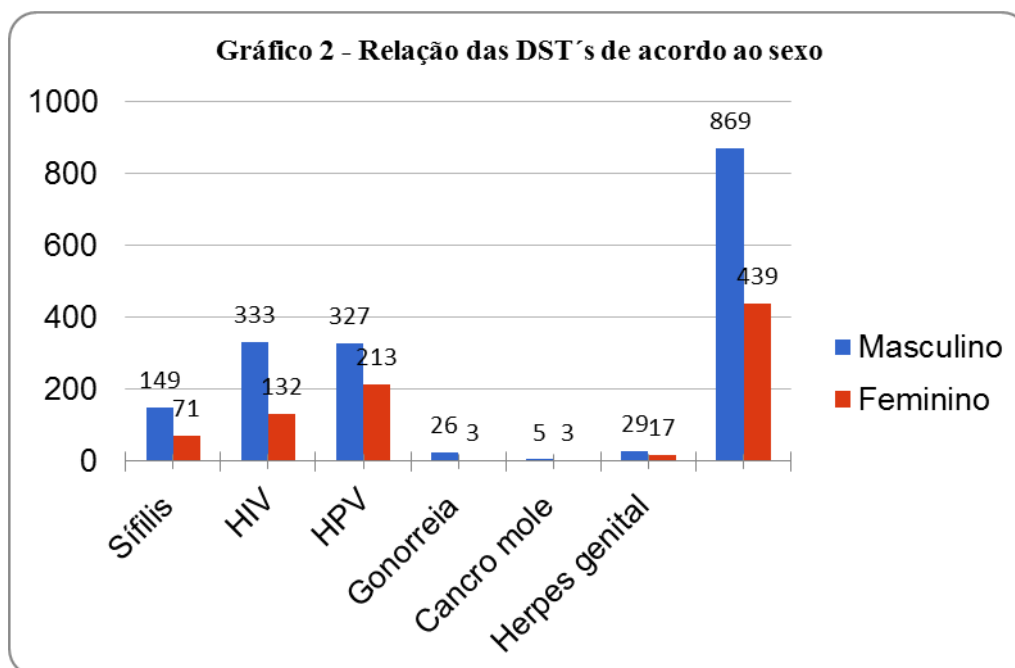
RESULTADOS

Conforme os métodos empregados para levantamento de dados, de janeiro de 2013 a agosto de 2018, 1308 pessoas, exceto grávidas, foram atendidas no CEAE com alguma DST. Dentre esses, 16,8% (n = 220) dos casos foram de sífilis, 41,28% (n = 540) de HPV, 0,6% (n = 8) de cancro mole, 35,5% (n = 465) de HIV, 0,87% (n = 46) de herpes e 2,2% (n = 29) de gonorreia (Gráfico 1). Quanto ao sexo, 66, 4% (n=869) dos atendidos foram do sexo masculino e apenas 33,6% (n=439) do sexo feminino (Gráfico 2) e em todas as doenças o sexo masculino correspondeu em média a 65% dos casos, exceto para gonorreia, em que esse sexo representa 89,7% dos atendimentos. De acordo como o que foi analisado nos arquivos do CEAE pode-se perceber um aumento expressivo do número de indivíduos infectados com sífilis, que conforme foi averiguado, em 2017 o número de pacientes atendidos aumentou 144% em relação ao ano anterior, que por sua vez, não teve discrepância em relação aos anos anteriores (2015, 2014 e 2013). Já o HPV teve um pico do número de casos em 2015, registrando 121 casos, o que confere uma diferença de aproximadamente 40% em relação a 2013 e 2014. O aumento da incidência de casos também pode ser observado entre os indivíduos infectados pelo HIV, que teve aumento de 62% se comparado o ano de 2013 e 2017. Não foi demonstrado picos de incidência entre os indivíduos que apresentaram gonorreia, cancro mole e herpes no decorrer dos anos analisados.

GRÁFICOS E TABELAS



Fonte: elaborado pelos próprios autores



Fonte: elaborado pelos próprios autores

DISCUSSÃO

As DST's de notificação compulsória são: AIDS, HIV na gestante/criança exposta, sífilis na gestação e sífilis congênita. São excluídas da obrigatoriedade de notificação doenças como gonorreia, herpes genital, cancro mole e HPV. Para essas outras DST's, é recomendado a notificação universal baseada em síndromes, via SINAN, com o objetivo de aumentar a sensibilidade e a agilidade do sistema. (BRASIL, 2015). Porém, a falta de notificação

compulsória dessas demais doenças impossibilita a comparação de dados e a real visualização do quadro atual de contaminação no país, portanto, isso impede que seja comparados os números da macrorregião estudada com os nacionais. A partir dos dados encontrados pela análise de casos atendidos em Patos de Minas, é possível notar que para todas as DST's analisadas os homens são mais acometidos que as mulheres e, além disso, que as doenças mais prevalentes na região são HIV e HPV. Esse achado de prevalência maior entre pessoas do sexo masculino corrobora com o segundo boletim epidemiológico de HIV de 2017, pois a nível nacional esse sexo também representa o maior número de infectados, numa razão de 2,2 no ano de 2016. Porém, diferente do que foi apresentado nesse boletim, a taxa de detecção da doença vem caindo gradativamente, no período de 2006 a 2016 houve queda de 5,1% (BRASIL,2017). Além do HIV, a sífilis também sofreu acentuado aumento no número de novos casos na macrorregião estudada, o que está em concordância com os dados nacionais, pois, conforme boletim epidemiológico de 2017, o número de casos foi crescente desde o ano de 2010, e a região Sudeste foi a que mais registrou novos casos. Além disso, a nível nacional, para essa doença o sexo masculino também é mais acometidos do que o feminino, numa razão de 2,2 (BRASIL, 2017). Conforme abordado, não há dados referentes à incidência de HPV no Brasil, porém esta doença está intimamente relacionada ao câncer de colo uterino, e segundo dados do Instituto Nacional do Câncer, esse ainda representa a segunda neoplasia que mais atinge as brasileiras e é esperado que ocorram até o fim de 2018 16 mil novos casos (INCA, 2017). Isso demonstra que a prevalência do vírus ainda é alta, corroborando para os dados encontrados em nossa macrorregião.

CONCLUSÕES

O sistema de saúde precisa estar preparado para implementar estratégias de prevenção e pronto-atendimento com intervenção terapêutica imediata, com disponibilidade de insumos, confidencialidade e ausência de discriminação. As DST's devem ser priorizadas enquanto agravos da saúde pública. Para adequada atenção às DST's os seguintes princípios devem ser seguidos: interromper a cadeia de transmissão e prevenir novas ocorrências. Para a efetividade desses dois passos, o Ministério da Saúde já preconiza estratégias como prevenção, detecção de casos e tratamento imediato. Porém, dada a atual situação, elas precisam ser melhor adequadas, já que vive-se um novo contexto. Uma vez que a incidência dos casos de DST's tem aumentado significativamente nos últimos anos. Além disso, o fato de apenas algumas dessas doenças serem de notificação

compulsória há prejuízo na quantificação dos dados nacionais e, assim, torna-se difícil a elaboração de meios mais eficazes para prevenção e promoção de saúde nas populações de risco.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde – **HIV AIDS 2017**. Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2017> Acesso em: 02 out. 2018.

BRASIL. Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde – **Sífilis 2017**. Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017>. Acesso em: 02 out. 2018.

BRASIL. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). **Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infecoes>. Acesso em: 30 set. 2018

EKŞİ, Zübeyde; KÖMÜRÇÜ, Nuran. Knowledge level of university students about sexually transmitted diseases. **Procedia-Social and Behavioral Sciences**, v. 122, p. 465-472, 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/273851271_Knowledge_Level_of_University_Students_about_Sexually_Transmitted_Diseases. Acesso em: 02 out. 2018

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Câncer de colo do útero. Disponível em: <http://www.inca.org.br/etast/tipos/mama.html>. Acesso em 03 out. 2018.

O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA DENGUE NO BRASIL E SUA CORRELAÇÃO COM AS PRECÁRIAS CONDIÇÕES DE SANEAMENTO BÁSICO

Bruno Faria Coury¹; Fernanda Julliana Freitas Santos¹; João Pedro Gomes de Oliveira¹; Nathália Paula Franco Santos¹; Natália de Fátima Gonçalves Amâncio².

¹Discentes no curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM,

² Doutora em Promoção de Saúde. Docente no curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM, MG - BR.

E-mail: brunofaria.coury@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A dengue é uma doença viral infecciosa transmitida ao homem principalmente, pelo mosquito *Aedes Aegypti* em quatro sorotipos. O crescimento desordenado das cidades, somado às precárias condições de saneamento básico no Brasil aumentaram os criadouros do mosquito transmissor. Assim, os dados epidemiológicos de incidência são medidas-síntese que contêm o estado de saúde de uma população e que, neste estudo, se relacionou às condições sanitárias. **Objetivo:** Identificar o perfil epidemiológico da dengue e relacionar com as precárias condições de saneamento básico nas regiões brasileiras. **Metodologia:** Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, quantitativo, do tipo transversal. Realizou-se um levantamento nas bases de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) - DATASUS, e Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) referente às regiões brasileiras. Os dados disponíveis no DATASUS para condições de saneamento estão de acordo com último Censo, em 2010. Para a construção de tabelas, utilizou-se o cálculo de incidência. **Resultados:** Os resultados evidenciaram que o Centro-Oeste brasileiro possui a maior incidência de dengue, ultrapassando o número de pessoas infectadas àquelas que possuíam risco de contaminação, sendo a região mais propícia para o desenvolvimento e multiplicação do vetor. **Discussão:** Dialogando-se com outros autores, contatou-se resultados que corroboraram com esta pesquisa, destacando-se a importância do saneamento básico para o controle e erradicação de doenças infectocontagiosas. **Conclusão:** A análise dos resultados permitiu firmar-se a relação do binômio saneamento-dengue. Portanto, melhorias no saneamento básico, podem reduzir a incidência de dengue e, por conseguinte, os gastos públicos destinados ao tratamento dessa doença.

PALAVRAS-CHAVE: Dengue, Saneamento Básico, Epidemiologia.

INTRODUÇÃO

A dengue é uma doença viral infecciosa transmitida ao homem principalmente, pelo mosquito *Aedes Aegypti* (BRASIL, 2009), causada por quatro sorotipos de vírus (DENV-1, DENV-2, DENV-3, DENV-4), podendo afetar qualquer pessoa independentemente de idade,

sexo e condições socioeconômicas. Sendo assim, decorrente de falhas na vigilância epidemiológica, o mosquito transmissor da doença, erradicado de vários países do continente americano nas décadas de 1950 e 1960, retornou na década de 1970 (BRASIL, 2004), tornando-se um importante problema de saúde pública no Brasil (PARANÁ, 2017).

É considerada uma doença tropical, visto que as altas temperaturas e o início do período de chuvas possibilitam um ambiente ideal para a reprodução do vetor (ZARA *et al.*, 2016). No verão, o calor acelera o ciclo de vida do mosquito, transformando de ovo a inseto adulto, que ocorre em poucos dias, e o aumento de chuvas gera o acúmulo de água parada, contribuindo para a multiplicação do vírus e o aumento de sua população (BRASIL, 2009).

Nesse âmbito, a urbanização, as deficiências no abastecimento regular de água e na coleta e destino adequado de lixo, aumentam consideravelmente os criadouros do mosquito da dengue (PARANÁ, 2017). Além disso, a liberdade de locomoção facilita a dispersão do vírus por todo o país, caracterizando as epidemias e os surtos que promovem o aumento do número de casos e, conseqüentemente, elevam os custos com cuidados médicos, comprometendo os sistemas de saúde, além do aumento nos indicadores de morbimortalidade e todas as suas conseqüências (BRASIL, 2009).

As atividades de prevenção da dengue perpassam o setor de saúde e necessitam, de acordo com Brasil (2004), serem articuladas com outras políticas públicas, como a limpeza urbana e melhorias nas instalações sanitárias, além da co-responsabilização de indivíduos e comunidades, a partir de maior conscientização e mobilização social acerca da necessidade de manutenção de ambientes livres do mosquito.

Nesse sentido, os dados de incidência epidemiológica são medidas-síntese que contêm informações relevantes sobre o estado e o sistema de saúde, devendo refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde (BRASIL, 2008).

OBJETIVO

Identificar o perfil epidemiológico da dengue e relacionar com as precárias condições de saneamento básico nas regiões brasileiras.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, quantitativo, do tipo transversal. Foi realizada a busca dos casos de dengue do ano de 2010, registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) - DATASUS, com base no recorte espacial das cinco regiões brasileiras (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste). Além disso, realizou-se um levantamento de dados demográficos da população brasileira total residente do ano de 2010, bem como os dados de saneamento, que englobam o abastecimento de águas, as instalações sanitárias e a coleta de lixo, com base na distribuição de moradores do mesmo ano, disponibilizados pelo Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) – DATASUS (BRASIL, 2018).

Utilizaram-se dados referentes ao ano de 2010, já que os censos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ocorrem com periodicidade de dez anos, sendo esta a versão mais atualizada, capaz de possibilitar a comparação e a relação das medidas sanitárias com as notificações de dengue no Brasil.

O presente trabalho foi realizado nas seguintes etapas: (I) pesquisa bibliográfica, (II) análise e coleta dos casos de dengue e do censo de saneamento básico por regiões do Brasil, (III) coleta dos dados demográficos, também por regiões, (IV) cálculo da incidência de dengue, realizada pela divisão entre o número de casos novos notificados da doença e população total residente, multiplicando-se o resultado por 100 mil habitantes, bem como (V) o cálculo epidemiológico por meio da divisão entre o número de casos de dengue notificados e a população em risco, considerada, neste estudo, como aquela com precárias condições sanitárias.

A análise do atendimento pelos serviços de saneamento básico foi feita a partir de dados do SINAN - DATASUS, no ano de 2010, usando os seguintes indicadores:

- Índice de população com abastecimento de água;
- Índice de população com coleta de lixo;
- Índice de população com instalações sanitárias.

Para a compreensão visual dos resultados, utilizou-se dos dados disponibilizados pelo DATASUS para a construção de gráficos, mapas e tabelas.

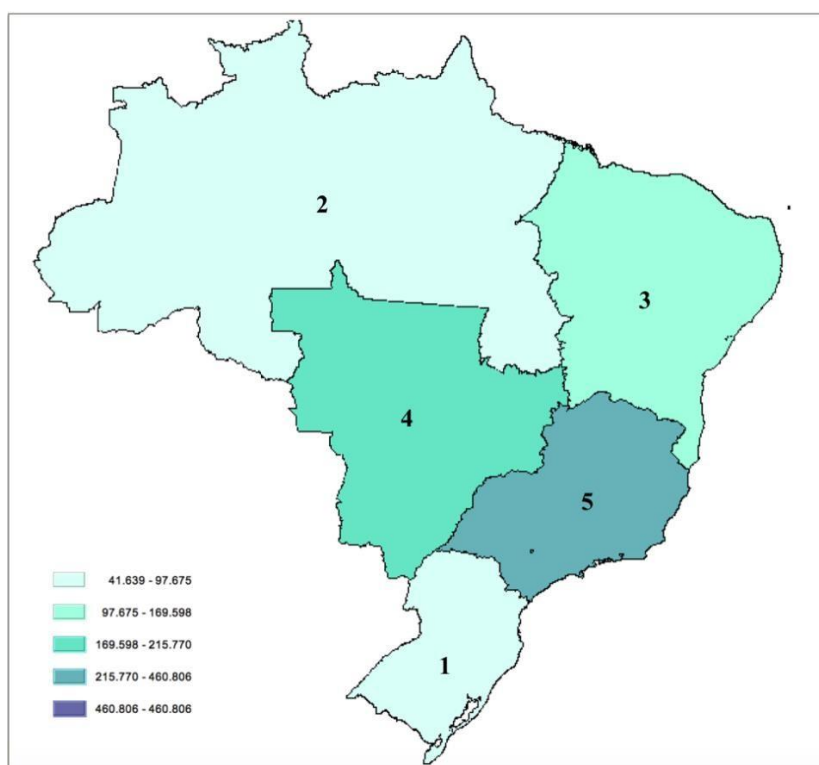
Por fim, a análise desses dados foi crucial para verificar a alta incidência de dengue e sua relação com as precárias condições de saneamento básico nas cinco regiões brasileiras.

RESULTADOS

Identificou-se a ocorrência dos casos notificados de dengue, no ano de 2010, por regiões do Brasil, e posteriormente, a associação às precárias condições de saneamento básico com a dispersão do vetor da doença, caracterizando quadros de epidemias.

Portanto, observou-se que a região com o maior número de casos notificados da doença foi o Sudeste – **Figura 1** –, que também é o local mais populoso do país, como evidenciado na **Figura 2**. Por isso, foi feito o cálculo de incidência, para verificar se a região com maior número de casos de dengue coincide com a região mais populosa e com precárias condições sanitárias.

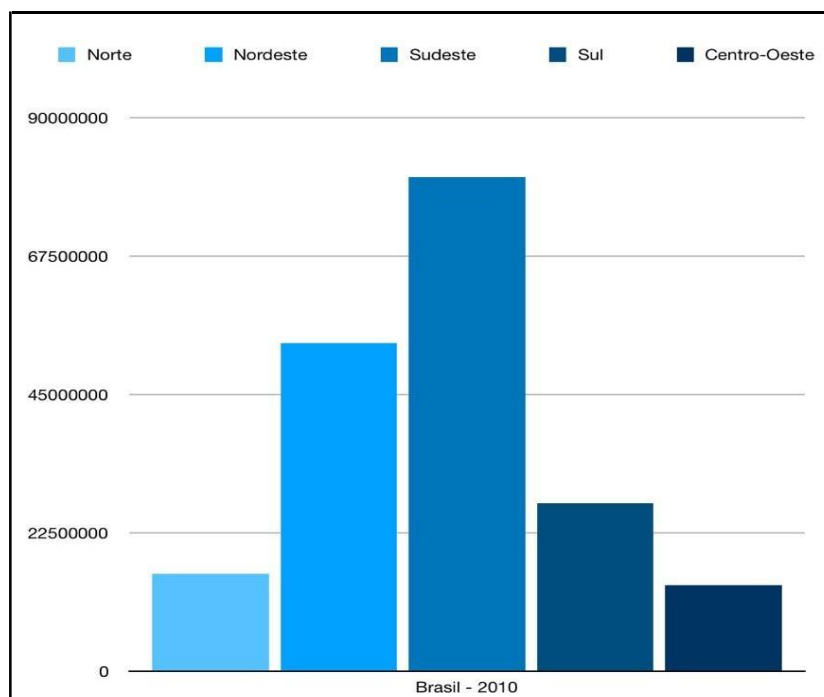
Figura 1: Notificações de dengue em 2010.



Legenda: Os números referem-se às seguintes regiões: (1) Sul – 41.639 –, (2) Norte – 97.675 –, (3) Nordeste – 169.598 –, (4) Centro-Oeste – 215.770 – e (5) Sudeste – 460.806.

Fonte: SINAN - DATASUS, 2010.

Figura 2: População residente em 2010.



Fonte: SINAN - DATASUS, 2010.

O cálculo de incidência realizado baseou-se nos Indicadores e Dados Básicos para a Saúde no Brasil (IDB), como exemplificado pela fórmula a seguir:

$$\frac{\text{Número de casos de dengue confirmados}}{\text{População total}} \times 100.000$$

A partir do cálculo demonstrado acima, nota-se a discrepância entre o número de ocorrências de dengue, encontrados no DATASUS, e o número de incidências, já que este contempla a proporcionalidade de casos novos da doença com a população total da área investigada.

Nesse sentido, foi possível construir uma tabela e verificar a região de maior incidência de dengue em 2010 – **Tabela 1** –, e comparar o resultado com as condições de saneamento do local, apontado como um fator de risco.

Tabela 1: Incidência de dengue, no ano de 2010, nas regiões brasileiras.

REGIÃO	CASOS DE DENGUE	POPULAÇÃO TOTAL	INCIDÊNCIA/100.000 hab.
Norte	97.675	15.864.454	615,68
Nordeste	169.598	53.081.950	319,5
Sudeste	460.806	80.364.410	573,39
Sul	41.639	27.386.891	152,03
Centro-Oeste	215.770	14.058.094	1534,84
TOTAL	985.488	190.755.799	516,62

Fonte: SINAN - DATASUS, 2010.

Observou-se que o Centro-Oeste, apesar de não ser a região de maior ocorrência, é o local de maior incidência de dengue no Brasil. Constatou-se que as condições de saneamento oferecidas à população são precárias, sendo necessário analisar o binômio saneamento-dengue.

Por meio de outro cálculo de incidência, como mostrado na fórmula a seguir, nota-se que os casos de dengue ultrapassam a população de risco – definida por meio da diferença entre a população total e a população com acesso ao saneamento (**Tabela 2**).

$$\frac{\text{Número de casos de dengue confirmados}}{\text{População total - População com acesso ao saneamento}} \times 100$$

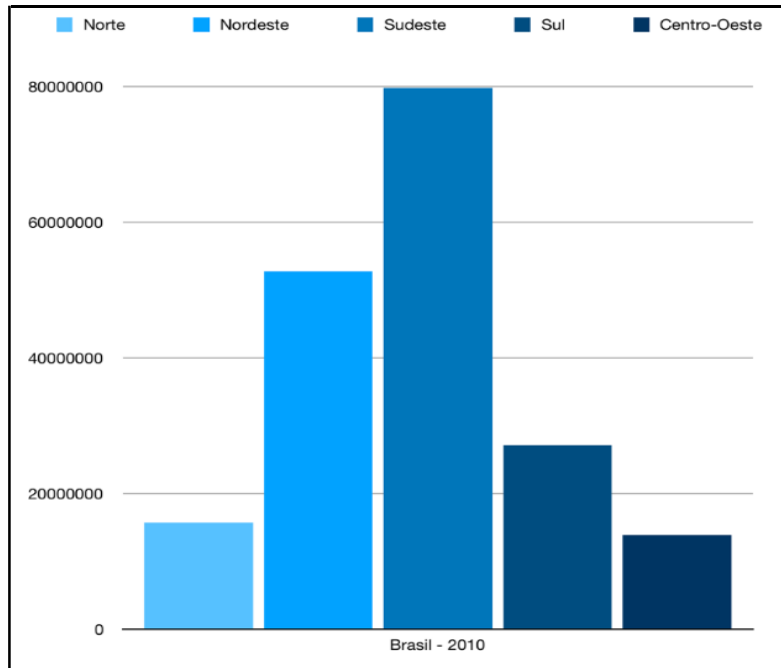
Tabela 2: Incidência de dengue nas populações ausentes de saneamento básico (em risco), no ano de 2010.

REGIÃO	CASOS DE DENGUE	POPULAÇÃO EM RISCO	INCIDÊNCIA/100 hab.
Norte	97.675	117.511	83
Nordeste	169.598	308.131	55
Sudeste	460.806	564.512	81,6
Sul	41.639	182.514	22,8
Centro-Oeste	215.770	121.735	117,2
TOTAL	985.488	1.294.403	76,1

Fonte: SINAN - DATASUS, 2010.

Assim, os resultados obtidos com a população em risco confirmam que a maior incidência se relaciona com as baixas condições de saneamento, visto que a região Sul possui os melhores e mais abrangentes parâmetros sanitários e possui menor incidência de dengue. Em contrapartida, no Centro-Oeste ocorre situação contrária, como é comprovado numericamente por meio da tabela acima, em que os casos de dengue ultrapassam a população em risco. Nessa visão, os indivíduos residentes em áreas de condições sanitárias adequadas contaminaram-se, por meio da dispersão do *Aedes Aegypti* que infectou toda a população em risco, ameaçando aqueles que, teoricamente, não estariam susceptíveis.

Figura 3: População com saneamento básico em 2010.



Fonte: DATASUS, 2010.

Analisou-se os dados evidenciados nas **Figuras 2 e 3**, encontrando-se a população em risco de cada região, isto é, aquela mais susceptível à infecção pelo *Aedes Aegypti*. Dessa maneira, notou-se a dependência do binômio saneamento-dengue, já que em locais onde há mais assistência sanitária, há menor incidência da doença, e vice-versa.

DISCUSSÃO

A presente pesquisa demonstrou resultados semelhantes ao estudo realizado pelo Instituto Trata Brasil em parceria com a Reinfra Consultoria no ano de 2016, em que os autores compararam as 10 cidades brasileiras com os melhores e piores índices de saneamento com três doenças relacionadas, dentre elas, a dengue. Foi destacado, também, os gastos públicos destinados ao tratamento de infecções que poderiam ser poupados com investimentos sanitários, evitando, assim, a contaminação da população (TRATABRASIL, 2016).

Nesse sentido, César *et al.*, (2016), em sua pesquisa, percebeu que altas incidências de dengue causaria a superlotação das Unidades Básicas de Saúde (UBS), redirecionando os gastos públicos para o tratamento da doença, os quais poderiam ser amenizados com políticas sanitárias eficientes, diminuindo, assim, os índices de contaminação.

Em um outro estudo realizado no município de Unaí, os autores Ferreira *et al.*, (2015), comprovam que o saneamento básico é fundamental na prevenção e no controle da dengue, sendo um fator indispensável e essencial para a erradicação da doença em todo o país, uma vez que as altas incidências são, geralmente, provenientes de determinantes externos e condicionantes ambientais.

Assim, há a necessidade de políticas públicas voltadas para o controle de doenças infectocontagiosas, a fim de evitar o aumento nos indicadores de morbimortalidade e prevenir com ações intersetoriais. Além disso, é necessário que a população participe ativa e efetivamente na prevenção da doença. Para isso, é fundamental a promoção da educação em saúde para a comunidade, adquirindo, então, conhecimento e consciência do problema para que este possa ser solucionado.

CONCLUSÃO

A análise dos dados realizada neste estudo possibilitou relacionar os índices de cobertura de saneamento básico (abastecimento e água, coleta de lixo e instalações sanitárias) com a dengue, sugerindo uma forte ligação entre as baixas coberturas de saneamento básico aos altos índices dessa doença.

As ações de saneamento podem atuar, de forma complementar, ao tradicional combate aos criadouros advindos da água parada, já que o armazenamento inadequado de água no âmbito domiciliar decorre, principalmente, da ausência de continuidade no fornecimento de água pelas redes de distribuição, ou pela própria falta de água em função da crise hídrica que afeta as regiões brasileiras.

A ampliação, portanto, da oferta e da cobertura dos serviços de abastecimento de água, coleta de lixo e instalações sanitárias podem gerar externalidades positivas na saúde pública brasileira, bem como no meio ambiente, uma vez que necessitará cada vez menos lançar esgotos na natureza sem tratamento, o que contribui, indiretamente, para a diminuição dos criadouros do *Aedes Aegypti*.

Além disso, percebe-se que algumas práticas fazem parte de hábitos culturais das comunidades brasileiras, tendo em vista a falta de informações corretas. Sendo assim, se tornam relevantes as ações de educação em saúde, iniciando e modificando hábitos de vida de escolares, como estratégia de promoção de saúde.

Para que ocorra a melhoria da qualidade de vida de indivíduos e coletivos, tornam-se imprescindíveis ações intersetoriais, com a co-responsabilização dos envolvidos.

Sugere-se que novos estudos sejam realizados a partir dos dados do próximo censo, comparando-se com os obtidos no presente estudo, identificando-se possíveis melhorias nas condições sanitárias e nos indicadores relacionados a incidência da doença.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Agente Comunitário de Saúde no controle da dengue**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://mosquito.saude.es.gov.br/Media/dengue/Arquivos/cartilha_acs_dengue_web.pdf>. Acesso em 20 set. 2018.

_____, Ministério da Saúde. **Departamento de informática do SUS**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude>>. Acesso em: 20 set. 2018.

_____, Ministério da Saúde. **Indicadores Básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>>. Acesso em 20 set. 2018.

_____, Ministério da Saúde. **Uma análise da situação de saúde**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/saude_brasil2004_capitulo6.pdf>. Acesso em 20 set. 2018.

CÉSAR, C. V. S. C.; CLEMENTINO, C. F. L.; MALHEIRO, D. R.; MOREIRA, I. C.; JUNIOR, J. L. A. Aspectos Epidemiológicos da Dengue Associados ao Índice Pluviométrico, Saneamento Sásico e Drenagem em Juazeiro do Norte. **Revista e-ciência**. Juazeiro do Norte, v.4, n.1, p. 74-81, 2016. Disponível em: <<http://www.revistafjn.com.br/revista/index.php/eciencia/article/view/124>>. Acesso em 29 set. 2018.

FERREIRA, Jussara da Costa; CADETE, Matilde Meire Miranda. A dengue no município de Unaí – Minas Gerais: uma proposta de intervenção. **Universidade Federal de Minas Gerais**. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Unaí, 2015. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/A_dengue_no_municipio_de_Unai_Minis_Gerais_uma_proposta_de_intervencao/444>. Acesso em: 29/09/2018.

PARANÁ, Secretaria de Saúde. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação-Dengue**. Curitiba, PR, 3ª edição, 2017. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ManualDengue25092017.pdf>>. Acesso em 20 set. 2018.

TRATABRASIL. Instituto Trata Brasil e Reinfra Consultoria. **Estudo mostra que diarreia, dengue e leptospirose crescem em cidades com saneamento básico precário.** São Paulo, SP, 2016. Disponível em: <<http://tratabrasil.org.br/datafiles/estudos/doencas/press-release.pdf>>. Acesso em 22 set. 2018.

ZARA, Ana Laura de Sene Amâncio; DOS SANTOS, Sandra Maria; FERNADES-OLIVEIRA, Ellen Synthia; CARVALHO, Roberta Gomes; COELHO, Giovanini Evelim. Estratégias de controle do *Aedes Aegypti*: uma revisão. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde.** Brasília, v. 25, n.2, p. 391-404, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n4/2237-9622-ress-s1679-49742017000400002.pdf>>. Acesso em 20 set. 2018.

SIMULAÇÃO REALÍSTICA: AS VANTAGENS E AS DESVANTAGENS DESSA NOVA PRÁTICA PEDAGÓGICA

Gabriel da Silva¹; Ana Carolina Resende Ribeiro¹; Juliana Silva Neiva¹; Natália de Fátima Gonçalves Amâncio².

¹Acadêmicos do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas-UNIPAM.

²Fisioterapeuta, Professora Doutora do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas-UNIPAM.

E-mail para contato: gabrielutfpr@hotmail.com

RESUMO

Introdução. O ensino médico vivencia mudanças e acréscimos, cuja finalidade é aperfeiçoar o processo de ensino-aprendizagem. Juntamente ao processo de mudança do ensino tradicional para a metodologia ativa, surgiu a Metodologia de Simulação Realística (SR), uma prática pedagógica que permite aos participantes imitar a realidade do ambiente clínico na intenção de realizar ações e serviços de qualidade e desenvolver capacidades relacionadas ao cuidado em diferentes cenários da saúde. **Objetivo.** Analisar as vantagens e desvantagens da SR de alta fidelidade e alta complexidade na educação médica. **Metodologia de Busca.** Foi realizado um levantamento de dados bibliográficos nas bases de dados SCIELO, LILACS e EBSCO entre os períodos de 2007 a 2018, utilizando como descritores “simulação”, “simulação realística” e “ensino médico”. Foram encontrados quarenta arquivos (artigos e relatos de experiência), dos quais dez foram selecionados. **Discussão.** Ao analisar diversos estudos na literatura constatam-se diversas vantagens da SR, entre elas o aprimoramento de competências. Por outro lado, a SR enfrenta algumas desvantagens, tal como o alto investimento financeiro para desenvolvê-la. **Considerações Finais.** A simulação de alta fidelidade e alta complexidade é um método de ensino-aprendizagem de extrema importância na educação médica, possibilitando ao acadêmico de medicina o aumento do nível de confiança em sua capacidade, o desenvolvimento de pensamento crítico e das habilidades de aprendizado. Na medida em que garante ao paciente o binômio de melhor cuidado associado ao menor risco, a SR pode ser mais difundida nas faculdades de medicina, contribuindo ainda mais na formação médica.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Médica. Metodologia. Simulação.

INTRODUÇÃO

O ensino médico vivencia mudanças e acréscimos cuja finalidade é aperfeiçoar o processo de ensino-aprendizagem. A metodologia tradicional, pautada no conhecimento individual fornecido pelo professor, vem passando, nos últimos anos, por uma transição para o método ativo, em que o aluno busca conhecer cada vez mais e é apenas direcionado (FLATO E GUIMARÃES, 2011). É neste espaço que surge a Simulação Realística, cada vez mais compreendida, solicitada e estimulada na graduação como metodologia de ensino-

aprendizagem capaz de interferir positivamente, mobilizando conteúdos acumulados, por meio da problematização quando o discente é exposto ao problema e à resolução do mesmo (FERREIRA et al., 2015).

A Simulação Realística é uma prática pedagógica, que permite aos participantes imitar a realidade do ambiente clínico na intenção de realizar ações e serviços de qualidade e desenvolver capacidades relacionadas ao cuidado em diferentes cenários da saúde (PRESADO et al., 2018). Diante disso, a SR tem por finalidade promover a integração de conhecimentos teóricos e técnicos, estimulando os estudantes a coordenarem todas as competências simultaneamente, facilitando assim à transferência do que foi aprendido para a solução de novos problemas (MERRIENBOER et al., 2007).

No Brasil, o uso da SR nas universidades de medicina e em outras áreas da saúde é recente, principalmente a simulação de alta fidelidade, pois esta exige alto investimento financeiro em robôs e infraestrutura e frequente capacitação metodológica dos docentes (BRANDÃO et al., 2014).

Logo, segundo Ferreira et al., (pág 4, 2015), “o uso da metodologia de simulação pode direcionar e proporcionar ruptura no modo tradicional de ensino por contemplar um método no qual o professor deixa de ser o detentor do conhecimento e passa a construí-lo em conjunto com seus alunos, proporcionando ao discente participação proativa no seu próprio aprendizado. Neste formato, o conhecimento é compartilhado e, por meio de tarefas simuladas, passa a requerer dos envolvidos intervenções e habilidades capazes de promover melhoria real na apreensão do conteúdo aprendido”.

OBJETIVO

Analisar vantagens e desvantagens da Simulação Realística de alta fidelidade e alta complexidade na educação médica.

METODOLOGIA DE BUSCA

O trabalho foi baseado na revisão bibliográfica sobre Simulação Realística no ensino médico. Um levantamento bibliográfico foi realizado através de base de dados online, como SCIELO, LILACS e EBSCO. Foram utilizadas as palavras-chave: simulação, simulação realística e ensino médico. As referências utilizadas foram publicadas de 2007 a 2018. Houve a necessidade de artigos mais antigos, devido à referência de conceitos. Foram encontrados

quarenta arquivos (artigos e relatos de experiência), sendo que dez foram utilizados. Os critérios de exclusão foram documentos de SR relacionados a outras áreas.

DISCUSSÃO

A SR possibilita o emprego de diversas estratégias no processo de ensino-aprendizagem, a saber: Habilidades Específicas – *Part Task Trainer* (que se utiliza de manequins para o treino de habilidades semiológicas básicas como ausculta cardiorrespiratória, otoscopia, toque retal dentre outros, inseridos no contexto de encenação ou não); Paciente Estandarizado e/ou Padronizado – *Standardized Patient* (baseado na simulação de vivência clínica); Simulação de Alta Fidelidade – *High Fidelity Simulation* (uso de robôs programados para simular situações clínicas e de emergências cardiológicas, pediátricas, ginecológicas e/ou obstétricas, traumáticas, cuidados intensivos, anestesiologia dentre outros); Realidade Virtual (utilizado principalmente em simulações cirúrgicas); Simulação Híbrida (combinação das diversas modalidades de SR). Pode contar ainda com simuladores de fidelidade baixa e média, softwares específicos e jogos virtuais voltados ao aprendizado dos graduandos em medicina (BRANDÃO et al., 2014).

A SR, em especial a de alta fidelidade, foi incluída recentemente no ensino médico do Brasil, porém há relatos do uso de protótipos anatômicos para simulação realística ainda na Idade Média, e o uso de manequins para o treino de habilidades de ressuscitação cardiopulmonar já é usado há décadas, inaugurado pelo norueguês Asmund Laerdal; posteriormente, no fim da década de 60, Denson e Abrahamson criaram o “*Sim One*” – o primeiro simulador de alta fidelidade, que apesar da inovação, não se difundiu mundialmente, devido ao seu elevado custo de fabricação (COUTO, 2014).

O grande avanço tecnológico tem possibilitado a maior inserção da SR de alta fidelidade nas escolas de medicina, pois apesar do alto investimento financeiro necessário à sua implantação, estudos apontam para o impacto que a metodologia de SR pode produzir ao propiciar um aprendizado mais eficiente (FERREIRA et al., 2015). A pirâmide do aprendizado elaborada em estudo realizado pelo *National Training Laboratories of Bethel* coloca as modalidades de aprendizagem passiva (a exemplo da leitura, da oratória e do áudio visual com retenção de aprendizado em 5%, 10% e 20% respectivamente) inferiores à aprendizagem ativa (a exemplada discussão em grupo, da prática supervisionada e do fazer na prática com retenção de aprendizado em 50%, 75% e 90% respectivamente), fazendo da SR uma ferramenta de extrema importância no processo de ensino-aprendizagem, por valorizar a

atuação em equipe e o saber fazer, com a devida supervisão do docente (FERREIRA et al., 2015).

Na modalidade de SR de alta fidelidade, cabe ao docente o papel de interlocutor, facilitando a posterior discussão do grupo sobre os erros e acertos, técnica denominada *debriefing*, cuja finalidade se baseia na adequação e melhoria do cenário (BRANDÃO et al., 2014). O *debriefing* constitui o momento em que o participante internaliza e externaliza sua experimentação ativa, gerando conhecimento baseado em experiência concreta, através da abstração de seus modelos mentais postos à contraprova pelo docente, possibilitando uma gama enorme de vantagens na construção do conhecimento (COUTO, 2014).

Por meio da utilização da simulação de alta fidelidade e alta complexidade como instrumento de ensino no curso de medicina, encontraram-se várias vantagens e desvantagens do método.

Vantagens:

- A utilização de simulação realística permite o acadêmico praticar as habilidades em um ambiente onde o erro é permitido, ajustando falhas com aprimoramento profissional, sem riscos à integridade dos pacientes (FERREIRA et al., 2015);
- Possibilita a tomada de decisão e gestão de crises, emergindo aspectos ligados à liderança e trabalho em equipe (BRANDÃO et al., 2014);
- Não necessita de doentes reais e disponíveis (LOPREIATO et al., 2015);
- Aumenta nível de confiança do aluno em suas capacidades (LOPREIATO et al., 2015);
- Permite o desenvolvimento do pensamento crítico, de habilidades e conhecimento, para entender a evolução de um paciente em certa situação (LAPKIN et al., 2010);
- Em comparação ao ensino tradicional, a simulação é uma estratégia muito mais dinâmica e prazerosa (FERREIRA et al., 2015);
- O aprendizado com situações que representem a realidade é responsável por estimular maior retenção do conhecimento (FLATO E GUIMARÃES, 2011);
- Permite multidisciplinaridade, possibilitando a discussão de temas como profissionalismo, comunicação efetiva e ética (KHAN et al., 2011);
- Transição dos estudantes para o contexto real, reduzindo o choque inicial ao entrar na prática clínica (PRESADO et al., 2018);
- A não utilização de cadáveres ou animais de experimentação, o que reduz a dificuldade de obtenção e eventuais conflitos éticos de treinamento (MARIANI et al., 2012).

Desvantagens:

- Oneroso às Instituições (BRANDÃO et al., 2014);

- Dificuldade de capacitação do docente (BRANDÃO et al., 2014).

Há outros enfoques que ainda não são abordados nos artigos como: se há a aceleração no aprendizado, aumento da segurança por parte dos pacientes, e ganho na prática final do médico depois de encerrado o processo de aprendizagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A simulação de alta fidelidade e alta complexidade é um método de ensino-aprendizagem de extrema importância na educação médica. Diante da revisão de literatura, foi possível elencar várias vantagens deste método no preparo profissional do acadêmico de medicina, tais como: aumentar o nível de confiança em sua capacidade, desenvolver o pensamento crítico e as habilidades de aprendizado e estimular o raciocínio científico. Porém, como desvantagens principais, necessita de alto investimento por parte das instituições de ensino e demanda grandes esforços na capacitação do docente. Na medida em que garante ao paciente o binômio de melhor cuidado associado ao menor risco, a SR pode ser mais difundida nas faculdades de medicina, contribuindo ainda mais na formação médica.

REFERÊNCIAS

BRANDÃO, C. F.S., COLLARES, C. F., MARIN, H. F. 2014. A simulação realística como ferramenta educacional para estudantes de medicina. **Educação em Ciências da Saúde**.

COUTO, T. B. **Simulação realística no ensino de emergências pediátricas na graduação**. 2014. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

FERREIRA, C.; CARVALHO, J.M.; CARVALHO, F.L.Q. Impacto da metodologia de simulação realística, enquanto tecnologia aplicada à educação nos cursos da saúde. **Seminário de Tecnologias Aplicadas a Educação e Saúde**, 2015.

FLATO U.A.; GUIMARÃES, H.P. Educação baseada em simulação em medicina de urgência e emergência: a arte imita a vida. **Revista Brasileira de Clínica Médica**. 2011;9(5):360-4.

KHAN, K; PATTISON, T; SHERWOOD, M. Simulation in medical education. **Medical Teacher**, v. 33, n. 1, p. 1-3, 2011.

LAPKIN, S. et al. Effectiveness of patient simulation manikins in teaching clinical reasoning skills to undergraduate nursing students: a systematic review. **Clinical simulation in nursing**. New York. USA, v. 6, n. 6, p. 207-222, 2010.

LOPREIATO, J.O.; SAWYER, T. Simulation-Based Medical Education in Pediatrics. **Academic Pediatrics**. 2015; 2:134-142.

MARIANI, A. W; PÊGO-FERNANDES, P.M. Ensino médico: simulação e realidade virtual. **Revista Diagnóstico e Tratamento**, vol. 17 – edição 2; p.47-48.

PRESADO, M.H.C.V.et al. Aprender com a simulação de alta fidelidade. **Ciências & Saúde Coletiva**. 2018. 23 (1): 51-59.

VAN MERRIENBOER, J.; KIRSCHNER, P. Ten steps to complex learning: a systematic approach to four component instructional design. Mahwah (NJ): **Lawrence Erlbaum Associates**; 2007.

UMA PERCEPÇÃO ACADÊMICA SOBRE A IMPORTÂNCIA DA NUTRIÇÃO INFANTIL ALIADA A MEDIDAS EDUCATIVAS

Keyla Melissa Santos Oliveira¹, Larissa Sousa Araújo¹, Nathália Vilela Del-Fiaco¹, Bethânia Cristhine de Araújo².

¹Acadêmicas do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas - UNIPAM

²Professora Mestre do Curso de Medicina Centro Universitário de Patos de Minas - UNIPAM

Email para contato: keylamel34@gmail.com

RESUMO

Introdução: A formação de hábitos alimentares na infância desenvolve costumes que vigoram continuamente no indivíduo. Assim, promover saúde no ambiente escolar integra multidisciplinarmente o comportamento do ser humano, considerando contextos social, familiar e comunitário. Destarte, ações promotoras de saúde pautadas na educação visam desenvolver medidas preventivas e de autocuidado através da nutrição infantil, fomentando saúde duradoura. **Objetivo:** Relatar a percepção de acadêmicas do curso de Medicina, do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM, quanto à realização de medidas educativas sobre aspectos de saúde e nutrição, realizadas com crianças, em uma escola privada do município de Patos de Minas/ MG. **Relato de experiência:** No primeiro contato foi perceptível que os indivíduos selecionados, na faixa etária de sete a dez anos, estão mais susceptíveis à construção de hábitos, inclusive alimentares. Assim, evidencia-se a importância da educação alimentar na infância, sendo a escola um aliado na promoção da saúde desses indivíduos. Visando orientar sobre educação alimentar, as acadêmicas do curso de Medicina desenvolveram atividades como aferição de pressão arterial e medição da circunferência abdominal, vinculando esses dados com hábitos de vida e alimentação. **Discussão:** Mediante a orientação educativa, percebe-se que a crescente socialização e independência da criança promovem melhor aceitação dos alimentos saudáveis. Ademais, o processo educacional é determinante no aprendizado em todas as áreas, estabelecendo novos hábitos. **Conclusão:** Nota-se que ações educativas nutricionais voltadas ao público infantil possuem grande efetividade. Afinal, as crianças aprenderão a importância do autocuidado, da alimentação adequada e da atividade física na promoção da qualidade de vida.

Palavras-chave: Educação alimentar. Infância. Nutrição.

INTRODUÇÃO

A promoção da saúde consiste num conjunto de estratégias focadas na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos. Uma das estratégias mais efetivas nessa promoção é a associação com a educação ainda no ensino infantil, envolvendo âmbitos individuais e coletivos atingindo, dessa forma, parâmetros capazes de gerar genuinamente saúde. Nesse sentido, a escola é uma instituição que favorece a formação e a consolidação de práticas

alimentares saudáveis em crianças, pois estão inseridas dimensões diversas do aprendizado: o tripé escola, família e comunidade (CANESQUI; GARCIA, 2005).

A fase infantil apresenta aspectos importantes que facilitam na formação de hábitos e comportamentos, especificamente alimentares. Inserida no contexto familiar, a criança internaliza os hábitos alimentares quanto ao tipo de alimento e horário das refeições. A abordagem da saúde alimentar na escola envolve vários agentes sociais como pais, professores, profissionais da saúde e alunos potencializando a aderência com maior amplitude dos hábitos alimentares (BRASIL, 2012).

Neste contexto, os hábitos alimentares das famílias, os saberes e a dimensão afetiva dos pais irmão, aos poucos, modulando o paladar e as preferências alimentares da criança, ensinando-lhe a gostar daquilo que aprendeu a comer (PERCEGONI et al., 2002).

OBJETIVO

Relatar a percepção das estudantes do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM durante o evento de conscientização da alimentação escolar, promovido por um colégio privado do município de Patos de Minas/ MG. Essa ação teve como intuito estimular a capacidade das acadêmicas do curso em se comunicar com público infantil em função de um bem comum: promoção da saúde. Além disso, foi possível articular os conhecimentos nutricionais e os de promoção da saúde coletiva, a fim de colaborar com a educação alimentar dos pais e das crianças.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ao longo da manhã do dia quinze de setembro de dois mil e dezoito, foi proposto por uma escola privada do município de Patos de Minas o evento do “dia D” acerca da conscientização da alimentação saudável para crianças na faixa etária de sete a dez anos que estão matriculadas, nessa escola, no segundo ano do ensino fundamental. Durante a realização do evento, as acadêmicas do curso de Medicina tiveram uma participação ativa na solidificação da conscientização para a promoção de hábitos saudáveis na infância. Inicialmente, foram realizadas apresentações propostas pela professora da classe, por meio de danças, cantos e palestras feitas pelos próprios alunos. Posteriormente, foram disponibilizados alimentos saudáveis com diversidade de cores e sabores, que despertaram a curiosidade e o interesse dos alunos e dos pais convidados. Em um último momento, as acadêmicas do UNIPAM aferiram a pressão arterial, fizeram a medição da circunferência abdominal dos pais e alunos que atendiam aos critérios de inclusão, além de orientá-los

acerca da importância de bons hábitos alimentares. O evento teve duração de aproximadamente quatro horas, iniciando-se às oito horas da manhã e finalizando-se às doze horas.

Foi possível perceber, que diante dessa experiência, é evidente a importância da integração entre escola, família e comunidade, no “dia D”, representada pelas acadêmicas do curso de medicina do UNIPAM, que acompanharam o processo educativo de promoção da saúde e de mudança de hábitos de vida.

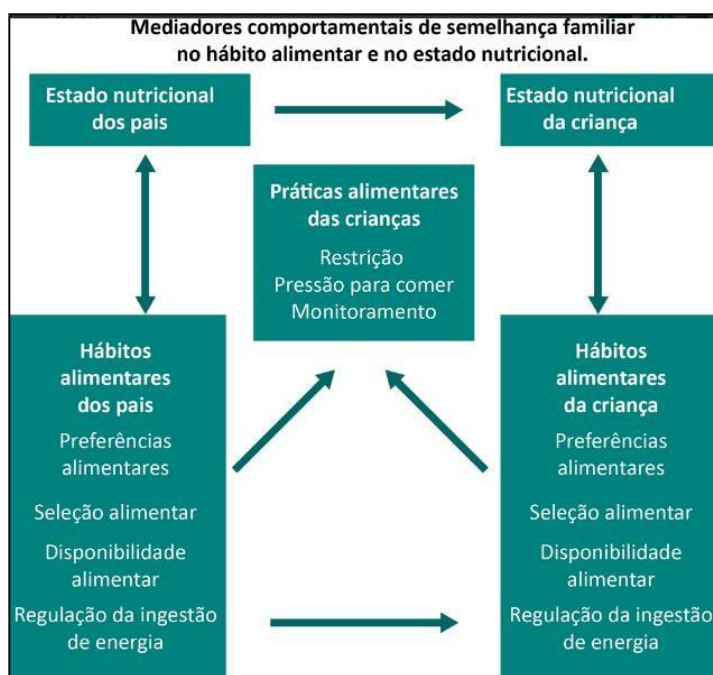
DISCUSSÃO

Durante a realização do evento na escola, observou-se que a conscientização quanto aos hábitos saudáveis interfere na escolha dos alimentos. Visto que, após a realização das palestras, das apresentações e dos exames físicos o público presente, principalmente os pais, adquiriu maior convicção da importância da participação familiar na construção de indivíduos lúcidos quanto aos hábitos saudáveis.

De acordo com a figura 1 se pode perceber a influência direta do estado nutricional dos pais no estado nutricional dos filhos, uma vez que os hábitos alimentares paternos influenciam de maneira positiva ou negativa nas práticas alimentares das crianças. Em suma, isso demonstra o quanto os hábitos familiares se tornam referências e reflexos no comportamento e hábito alimentar das crianças.

Um estudo feito por uma universidade no Canadá mostra que a melhor forma de fazer o filho comer alimentos saudáveis é dar o exemplo. Segundo a pesquisa, as crianças tendem a copiar a dieta dos pais. Os pesquisadores recrutaram 31 famílias que se propuseram a compreender os fatores que levam as crianças, em idade pré-escolar, a desenvolver doenças crônicas e excesso de peso. Eles também analisaram os hábitos alimentares dos pais para ver como eles impactam a dieta infantil. Os resultados mostraram que famílias com pais obesos têm crianças com maior propensão à obesidade.

Figura1: Influência familiar no estado nutricional da criança



Fonte: ALMEIDA-BITTENCOURT; RIBEIRO; NAVES, 2009.

CONCLUSÃO

Com base na avaliação das atividades desenvolvidas, percebe-se que a integração entre pais, professores e profissionais da saúde fomenta a formação de indivíduos capazes de fazer escolhas e construir hábitos saudáveis. Além disso, a realização de medidas educativas sobre o aspecto de saúde e nutrição com crianças possibilitou melhor reflexão e conhecimento acerca da importância da alimentação saudável. Afinal, isso, contribui para construção de uma geração com mais qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de alimentação e nutrição. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

PERCEGONI, N.; ARAUJO, R. M. A.; SILVA, M. M. S.; EUCLYDES, M. P.; TINÔCO, A. L. A. Conhecimento sobre aleitamento materno de puérperas atendidas em dois hospitais de Viçosa, Minas Gerais. **Revista de Nutrição**, v. 15, n. 1, p. 29-35, 2002.

CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2005. 306 p.

ALMEIDA-BITTENCOURT, P. A.; RIBEIRO, P. S. A.; NAVES, M. M. V. Estratégias de atuação do nutricionista em consultoria alimentar e nutricional da família. **Revista de Nutrição**, v. 22, n. 6, p. 919-927, 2009.

TEMA: Saúde Mental

ASPECTOS DA SÍNDROME DE BOURNOUT NOS PROFISSIONAIS DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Gracielle Fernanda dos Reis Silva¹; Laís Moreira Borges Araújo²

¹ Acadêmicos(as) de Medicina, Centro Universitário de Patos de Minas, Patos de Minas, MG-BR.

² Docente no Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas, -UNIPAM, MG-BR.

E-mail para contato: gracielle_fernanda98@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A Síndrome de Burnout é fenômeno psicossocial em resposta à estressores relacionados ao trabalho. Possui caráter depressivo, esgotamento físico e mental intenso que está intimamente ligado à vida profissional. Estudos internacionais identificaram, em profissionais do atendimento de urgência, a relação positiva entre os fatores ocupacionais estressantes e as dimensões da Síndrome de Burnout. **Objetivos:** Descrever características da apresentação da síndrome de Burnout em profissionais da urgência e emergência. **Metodologia de Busca:** Trata-se de uma Revisão de literatura sobre a Síndrome de Burnout em profissionais que trabalham nos serviços de urgência e emergência. Foram selecionados 20 artigos das bases de dados Scielo, Ebsco e Google Acadêmico com os descritores “Burnout”, “Urgência”, “Emergência” e “Síndrome”, nos idiomas português, inglês e espanhol. **Resultados:** Houve a prevalência dos sentimentos desgaste físico, emocional e mental. Além disso, apontaram que jovens com múltiplos empregos, com carga horária alta tinham a prevalência de 82,7% de Burnout. **Discussão:** As horas excessivas de trabalho, a relação prejudicada entre trabalho e vida pessoal também influenciam na síndrome. Os serviços de urgência e emergência estão em constate superlotação, ritmo acelerado e sobrecarga de trabalho. Além disso, recursos materiais e humanos foi identificado como condição impropria de trabalho. **Conclusão:** É de grande importância o conhecimento dessas características da apresentação da síndrome para o diagnóstico precoce, e, conseqüentemente, aumentar a qualidade de vida da população. E ainda, ajudar os gestores em relação à distribuição de carga horária, tornando-a menos exaustiva.

PALAVRAS-CHAVE: Burnout. Emergência. Urgência.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Burnout se apresenta como um fenômeno psicossocial em resposta à estressores relacionados ao trabalho (FERREIRA, 2015). Possui caráter depressivo, esgotamento físico e mental intenso que está intimamente ligado à vida profissional, levando a uma exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional. Há uma alta prevalência da síndrome de Burnout em profissionais da saúde, por causa de seu intenso relacionamento com a vida humana. (SOUZA, 2017).

A urgência e emergência se caracteriza como uma importante área da medicina, capaz de atuar na hora de ouro da vítima e conseguir salvá-la nos minutos essenciais para a vida. É fato que os primeiros socorros são ações que irão definir o futuro de um paciente crítico (CORNELIUS, 2007). Em um estudo americano identificou-se, em profissionais do atendimento de urgência, a relação positiva entre os fatores ocupacionais estressantes e as dimensões da Síndrome de Burnout, podendo-se relacionar também a maior carga horária de trabalho dos profissionais da área. (SIRRAT, 2001).

A síndrome de Burnout é considerada um problema de saúde pública, com aumento dos casos, inclusive no Brasil. Os serviços de urgência e emergência estão em constata superlotação, ritmo acelerado e sobrecarga de trabalho. Além disso, recursos materiais e humanos foi identificado como condição imprópria de trabalho presente em todo o âmbito da saúde brasileira. (DAL PAL; LAUTERT, 2008).

OBJETIVO

Descrever características da apresentação da síndrome de Burnout em profissionais da urgência e emergência.

METODOLOGIA DE BUSCA

Trata-se de uma revisão de literatura sobre a Síndrome de Burnout em profissionais que trabalham em serviços de urgência e emergência. Foram selecionados 20 artigos das bases de dados Scielo, Ebsco e Google Acadêmico com os descritores “Burnout”, “Urgência”, “Emergência” e “Síndrome”, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídos os estudos que não correlacionavam a síndrome de Burnout e os profissionais da urgência e emergência. Ao final restaram 17 artigos que ficaram dentro dos critérios.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A definição mais aceita da síndrome de Burnout foi descrita por Maslach, que a caracteriza como uma reação à uma tensão emocional crônica causada pelo trabalho de lidar com pessoas diariamente. Definiu-se que a síndrome é formada por três dimensões que estão relacionadas, entretanto independentes. Seriam a exaustão emocional, a despersonalização e a baixa realização pessoal no trabalho. Essas dimensões levam ao profissional a um sentimento de insatisfação e tristeza. (MASLACH E JAKSON, 1981).

O Maslach Burnout Inventory (MBI) é o instrumento mais utilizado para avaliar a síndrome. Foi construído por Christina Maslach e Susan Jackson em 1978, e tem em suas base duas dimensões da síndrome, a exaustão emocional e despersonalização, sendo a terceira acrescentada após amplos estudos. (MASLACH, 1993).

Dentro dos artigos estudados, observou-se a prevalência de estudos voltados a área de enfermagem e poucos voltados a área médica específica. Muitos estudos utilizaram o MBI para a busca dos dados, observando vários traços de Burnout nos profissionais da saúde da urgência e emergência.

Houve a prevalência dos sentimentos de exaustão, desgaste físico, emocional e mental, cefaleia, sensação de fadiga, dores nas pernas e taquicardia. Além disso, apontaram que jovens com múltiplos empregos, com carga horária alta tinham a prevalência de 82,7% de sinais de Burnout.

Vários estudos observaram fatores epidemiológicos e extrínsecos ao trabalho relacionados à síndrome de Burnout, como o sexo, idade e estado civil. Observando que os mais jovens na profissão são os mais acometidos. As horas excessivas de trabalho, a relação prejudicada entre trabalho e vida pessoal também fazem influencia.

A Tabela 1 apresenta os dados relativos aos artigos selecionados e ainda suas características dentro dos estudos.

Tabela 1 - Relação das características dos exames radiológicos de acordo com a literatura apresentada.

Artigos	Ano de Publicação	Características
1. The relationship of occupational stressors and burnout on PTSD symptoms of emergency personnel	2001	Questionário para profissionais da saúde em setores de urgência. Resultados indicaram relação positiva entre esse tipo de ocupação e o aparecimento de Burnout.
2. Sentimentos de profissionais dos serviços de pronto-socorro pediátrico: reflexões sobre Burnout	2005	Realizadas entrevistas os sentimentos identificados foram: cansaço, esgotamento, angústia e revolta sobre a sobrecarga, temor sobre cometer enganos fatais.
3. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário	2008	Realizado o Malach Burnout Inventory. Os resultados foram que 8,2% apresentavam manifestações de Burnout, todas mulheres. E 54,1% apresentaram alto risco.
4. Representações sociais de enfermeiros acerca do estresse laboral em um serviço de urgência	2013	Relata que há relação entre as representações sociais do trabalho com o estresse, sendo um fenômeno complexo e multifacetado. Contribui para o desgaste físico, emocional e mental.
5. Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento	2010	Realizado questionário com perguntas abertas. Os sintomas físicos listados foram: cefaleia, sensação de fadiga, dores nas pernas e taquicardia.

6.	Occupation stress of nurses in emergency care: an integrative review of the literature	2012	Revisão da literatura. Resultados apontaram que o estresse dos enfermeiros da urgência e emergência está relacionado à escassez de recursos humanos e à carga horária, além do distanciamento entre teoria e prática.
7.	Preditores da síndrome de Burnout em enfermeiros de serviços de urgência pré-hospitalar	2011	Realizado o Malach Burnout Inventory. O estudo relata que não encontrou variáveis e dimensões sintomatológicas relevantes.
8.	Variáveis de burnout em profissionais de uma unidade de emergência hospitalar	2009	Utiliza-se dois questionários, analisados com estatística descritiva. A equipe médica apresentou média mais alta no desgaste emocional do que a enfermagem.
9.	Análise de Burnout em profissionais de uma unidade de emergência de um hospital geral	2009	Realizado o Malach Burnout Inventory em enfermeiros e médicos. Entre os dados encontrados, 56,8% dos profissionais com sintomas de Burnout se dedicam somente à área de urgência e emergência
10.	Evaluación del estrés laboral y Burnout em los servicios de urgencia extrahospitalaria	2006	Realizado o Maslach Burnout Inventory. Aponta que os médicos foram os profissionais que mostraram um nível superior de Burnout, de estresse e de fatores estressores
11.	Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem do serviço de atendimento móvel de urgência	2012	Realizado o Maslach Burnout Inventory. Resultados apontaram que a maioria dos profissionais apresenta graus de baixo a moderado em relação às dimensões da síndrome de Burnout.

12.	Estresse e uso de álcool em enfermeiros que trabalham em urgência e emergência	2015	Estudo quantitativo. Mostrou que os sintomas psicológicos mais apontados foram: problemas com memória, insônia e pensamento recorrente. 21,9% faz uso de risco de álcool e 15,6% apresentaram exaustão.
13.	Estressores laborais entre enfermeiros que trabalham em unidades de urgência e emergência	2013	Pesquisa em hospitais públicos de diferentes complexidades. Em um grupo A, em hospital de alta complexidade, relata estresse relacionado a necessidade de alto domínio da assistência à enfermagem. No grupo B, em hospital de média complexidade, o estresse era em relação ao domínio da administração de pessoal.
14.	Estresse dos profissionais de saúde nas unidades hospitalares de atendimento em urgência e emergência	2013	Abordagem do estresse dos enfermeiros nas unidades de urgência e emergência. Relata que os maiores estressores nessa área são: número reduzido de funcionários, falta de respaldo institucional, carga horária excessiva, descontentamento com o trabalho.
15.	Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem de serviços de urgência e emergência.	2015	Revisão da literatura. Conclui a importância para a população, gestores e profissionais o conhecimento sobre a síndrome de Burnout.
16.	Prevalência da síndrome de Burnout entre enfermeiros da rede hospitalar de urgência e emergência	2014	Realizado o Maslach Burnout Inventory. Resultados apontaram que jovens com múltiplos empregos, com carga horária alta tinham a prevalência de 82,7% de Burnout.
17.	Relato de experiência: Estresse ocupacional no serviço de urgência e emergência vivenciado no interior do estado do Pará.	2017	Abordagem crítico-reflexiva de um relato de experiência. Analisa a trajetória durante o período de experiência. Relata o desgaste dos profissionais nos setores de urgência e emergência, local que predispõe mais desgaste físico e emocional

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

CONCLUSÃO

A partir dos dados analisados dos artigos selecionados, foi possível verificar as diversas características da apresentação da síndrome de Burnout. Os profissionais da saúde dos setores de urgência e emergência são mais susceptíveis ao aparecimento de sinais da síndrome de Burnout, sendo alta a incidência das características Burnout nesse setor. As principais causas foram alta carga horária, falta de recursos humanos e medo de erro fatal. Assim, é possível concluir que é de grande importância o conhecimento dessas características da apresentação da síndrome para o diagnóstico precoce, para, conseqüentemente, aumentar a qualidade de vida da população. E ainda, ajudar os gestores em relação à distribuição de carga horaria, tornando-a menos exaustiva, além de poder identificar os sinais de risco de aparecimento de Burnout.

REFERÊNCIAS

BARROSO, M. L. et al. Estresse e Uso de Álcool em Enfermeiros que Trabalham em Urgência e Emergência. **Caderno de Cultura e Ciência**, Cariri, 2015.

BENETTI, E. R. R. et al. Variáveis de Burnout em Profissionais de uma Unidade de Emergência Hospitalar. **Cogitaro Enfermagem**, Rio Grande do Sul, 2009.

BEZERRA, F. N.; SILVA, T. M.; RAMOS, V. P. Occupational Stress Of Nurses In Emergency Care: An Integrative Review Of The Literature. **ACTA Paulista de Enfermagem**, São Paulo, 2012.

CÉSAR, P. R.; BRASILEIRO, M.; SOUZA, D. G. Relato De Experiência: Estresse Ocupacional No Serviço De Urgência E Emergência Vivenciado No Interior Do Estado Do Pará. **Revista Científica de Enfermagem**, Pará, 2017.

CORNELIUS, A.; CARLOTTO, M. S. **Síndrome De Burnout Em Profissionais De Atendimento De Urgência**. São Leopoldo: Rev Psicologia em Foco, 2007. v.1, n.1.

DANTAS, T. R. S. et al. Prevalência da síndrome de burnout entre enfermeiros da rede hospitalar de urgência e emergência. **Journal of Research Fundamental Care**, Rio de Janeiro, 2014.

FARIAS, S. M. C. et al. Caracterização dos Sintomas Físicos de Estresse na Equipe de Pronto Atendimento. **Revista de Enfermagem da USP**, São Paulo, 2010.

FERNANDES, M. A. et al. Síndrome de Burnout em Profissionais de Enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Revista Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, 2012.

FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. Sentimentos de Profissionais dos Serviços de Pronto-Socorro Pediátrico: Reflexões Sobre Burnout. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, 2005.

FERREIRA, N. N.; LUCCA, S. R. Síndrome de burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, 2015. p. 68-79

FRANÇA, S. P. S. et al. Preditores da Síndrome de Burnout em Enfermeiros de Serviços de Urgência Pré-Hospitalar. **ACTA Paulista de Enfermagem**, São Paulo, 2012.

JODAS, D. A.; HADDAD, M. C. Síndrome de Burnout em Trabalhadores de Enfermagem de um Pronto Socorro de Hospital Universitário. **ACTA Paulista de Enfermagem**, São Paulo, 2009.

MASLACH, C. Burnout: A multidimensional perspective. In W.B.Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.). *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. **Taylor & Francis**, New York, 1993. p. 19-32

MASLACH, C., & JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. **Journal of Occupational Behavior**, 1981. p. 99-113.

MELO, M. V. et al. Estresse dos Profissionais de Saúde nas Unidades Hospitalares de Atendimento em Urgência e Emergência. **Cadernos de Graduação**, Recife, 2013. v. 1, n2. p. 35-42.

OLIVEIRA, J. D. S. et al. Representações Sociais de Enfermeiros Acerca do Estresse Laboral em um Serviço de Urgência. **Revista de Enfermagem da USP**, São Paulo, 2013.

PAL, D. D.; LAUTERT, L. **O trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde dos profissionais de enfermagem**. São Paulo, 2008.

PEREIRA, D. S. et al. Estressores Laborais Entre Enfermeiros que Trabalham em Unidades de Urgência e Emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, 2013.

PORTELA, N. L. C. et al. Síndrome de burnout em profissionais de enfermagem de serviços de urgência e emergência. **Journal of Research Fundamental Care**, Rio de Janeiro, 2015.

QUIRÓS-ARAGÓN, M. B.; LABRADOR-ENCINAS, F. J. Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencia extrahospitalaria. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, Madrid, 2007.

RITTER, R. S.; STUMM, E. M. F.; KIRCHER, R. M. Análise de Burnout em Profissionais de Uma Unidade de Emergência de Um Hospital Geral. **Revista de Enfermagem da UFG**, Goiás, 2009.

SIRRATT, D. K. The relationship of occupational stressors and burnout on PTSD symptoms of emergency personnel. **The Sciences and Engineering**, Washington, 2001.

SOUSA, A. F.; et. al. Manifestação da síndrome de burnout em diferentes profissionais que lidam com o público. **Revista Educação em Saúde**, Goiás, 2017. v. 5.

TELES, A. S. et al. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Estado da Bahia: subfinanciamento e desigualdade regional. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2017.

CONTRIBUIÇÃO DA REDE SOCIAL AOS ACADÊMICOS DO CURSO DE MEDICINA ACOMETIDOS POR ANSIEDADE

Mayara Esteves de Oliveira¹; Marilene Rivany Nunes².

¹Acadêmico do 8º período do Curso de Medicina – UNIPAM

²Doutora em Enfermagem em Saúde Pública – EERP-USP; Docente do Curso de Medicina- UNIPAM

Email para contato: mayara2507@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Identificar a presença de ansiedade e a contribuição da rede social aos acadêmicos do curso de medicina do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM).

Metodologia: Pesquisa descritiva e exploratória quali-quantitativa, realizada por meio de um questionário de perfil, Inventário de Beck – Ansiedade e Mapa de Rede social com os acadêmicos do 1º ano do curso de medicina do UNIPAM, sob a autorização do Comitê de Ética (CEP) do Unipam, parecer 2.523.166 em 02/03/2018. **Resultados e Discussão:** Notou-se que dos 58 acadêmicos de medicina do 1º período do Unipam participantes da pesquisa, 56 apresentaram algum nível de ansiedade, sendo 19 com grau mínimo, 21 leve, 10 moderado e 6 severa. Na análise dos mapas de rede social evidenciaram-se vínculos significativos com membros da família. **Conclusão:** Constata-se que uma rede social composta por diversos tipos de apoio corrobora para menores graus de ansiedade e que um suporte maior advindo da Faculdade pode propiciar melhorias no estado mental dos acadêmicos, favorecer sua trajetória e promover qualidade de vida.

PALAVRAS CHAVE: Ansiedade. Medicina. Rede social. Saúde mental.

INTRODUÇÃO

Guimarães et al. (2015) define a ansiedade como um sentimento de medo vago e desagradável, caracterizado por um desconforto derivado de uma antecipação de perigo, de algo desconhecido. Marafanti et al. (2013) afirmam que os estudantes de medicina possuem um nível mais elevado de ansiedade quando comparados a população geral e Sluzki (2010) propõe que a rede social tem a função de dar apoio às pessoas frente às suas dificuldades/ problemas. O estudo propôs-se a identificar a presença de ansiedade e a contribuição da rede social aos acadêmicos do curso de medicina acometidos por ansiedade.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva e exploratória qualitativa quantitativa, realizada no Centro Universitário de Patos de Minas, com os acadêmicos do curso de medicina do UNIPAM, matriculados no 1º ano, no ano de 2018. Para a coleta de dados foram

adotados três um questionário para identificar o perfil demográfico e clínico, o questionário interrogativo Inventário de Beck- Ansiedade e o Mapa de Rede Social. A coleta de dados foi realizada nas dependências do Unipam. Os dados do Inventário de Beck – Ansiedade e do Questionário de perfil, foram analisados de forma descritiva e estatística e apresentados sob a forma de números absolutos e relativos, por meio de tabelas e quadros. Enquanto os dados do mapa de rede social foram analisados de acordo com os parâmetros de Sluzki (2010). Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do UNIPAM sob parecer 2.523.166 em 02/03/2018.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo, 58 acadêmicos cursando 1º período de medicina do UNIPAM, sendo 39(67%) do sexo feminino e 19 (37%) do sexo masculino, na faixa etária entre 18 a 36 anos. Os acadêmicos de medicina se deparam com situações de competição desde o vestibular, persistindo por todo o curso e vida profissional, sendo este um fator gerador de ansiedade. Pereira e Gonçalves (2009) reitera que no primeiro ano do curso o aluno porta de sensações de felicidade e satisfação pela aprovação e de medo e ansiedade vivida pela realidade da vida acadêmica, com exigências de dedicação com o curso. Ao analisar o nível de ansiedade percebeu-se que total de 58 acadêmicos, apenas 2 afirmaram não apresentar absolutamente nenhum sintoma de ansiedade.

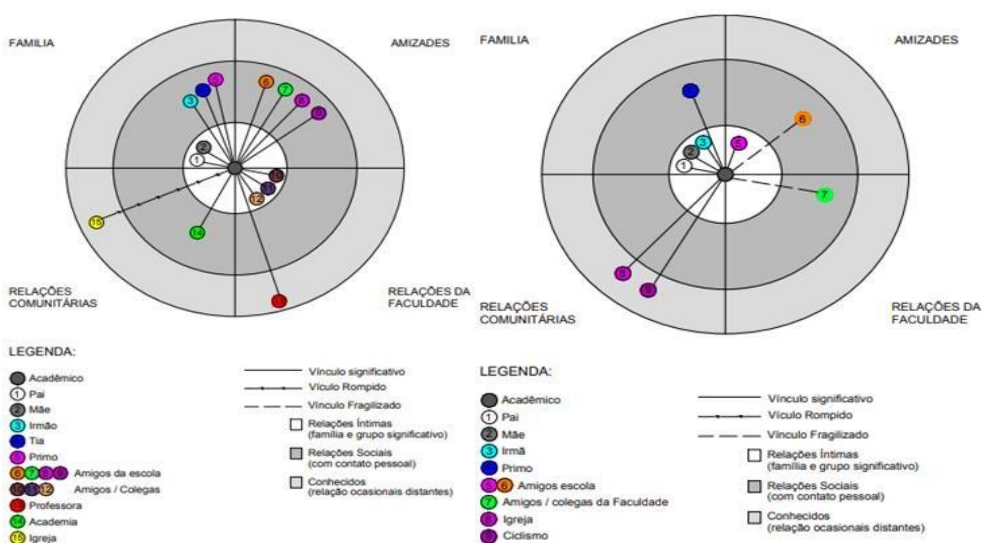
Tabela 1- Distribuição dos acadêmicos do curso de medicina do 1º período do UNIPAM por nível de ansiedade.

Nível de ansiedade	N	%
Mínimo	19	32,76
Leve	21	36,21
Moderado	10	17,24
Severa	6	10,34
Total	56	100

Fonte: Questionário aplicado aos acadêmicos de medicina. Patos de Minas, 2018.

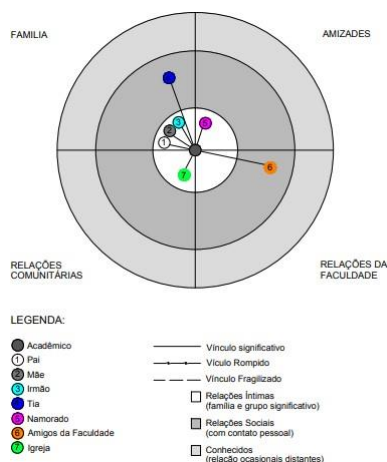
Na segunda etapa da pesquisa, de forma aleatória foram selecionados 10 acadêmicos que apresentaram algum grau de ansiedade para a construção do Mapa de rede social. Destes, 7 apresentam uma rede grande, 2 médias e apenas 1 declara rede social pequena. Os nomes definidos para os participantes são meramente representativos, tendo como objetivo preservar a identidade dos participantes da pesquisa. A Figura 1, de João, representa uma rede social grande, formada por 15 componentes, já a Figura 2, de Maria, com 9, classificada em média e a Figura 3, de Joana, por 7, configurando uma rede pequena.

Figura 1- Mapa de rede social João, 18 anos **Figura 2 –** Mapa de rede social Maria, 19 anos.



Fonte: Mapa de rede social criada com os acadêmicos de medicina. Patos de Minas, 2018.

Figura 3 - Mapa de rede social Joana, 21 anos.



Fonte: Mapa de rede social criada com os acadêmicos de medicina. Patos de Minas, 2018.

Para Sluzki (2010) rede social de tamanho médio é mais eficiente no sentido de fornecer apoio propiciando qualidade de vida e bem-estar. Verifica-se que a única entrevistada que reside sozinha apresenta grau severo de ansiedade. Segundo Oliveira e Dias (2014), estudantes que vivem sem a família podem apresentar níveis elevados de estresse. Todos os acadêmicos classificaram a família como fornecedora de diversos tipos de apoio. E todos referiram contar com companhia social, apoio emocional, guia de conselhos, regulação social, ajuda material e acesso a novos contatos ora pelos membros da família ora pelos amigos. Nessa linha, Sluzki (2010) elenca que os membros da rede são capazes de oferecer a apoio para enfrentar os problemas e dificuldades do dia a dia.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, é notório que a formação em Medicina se constitui de um período árduo, de muitas mudanças e exigências por vezes propiciando sintomas de ansiedade. Logo, diante deste estudo, uma alternativa já implantada no Unipam é o Programa de Mentoria, que favorece o acolhimento a demandas específicas de grupos minoritários, amenizando os sintomas de ansiedade. Nesse contexto, este estudo sugere a criação e desenvolvimento de grupos de orientação, atividades de dança e alongamento, rodas de conversas, enfim, atividades de lazer para os acadêmicos do curso de medicina e demais interessados do UNIPAM.

REFERÊNCIAS

GUIMARÃES AMV, NETO ACS, VILAR ATS, ALMEIDA BGCA, ALBUQUERQUE CMF e FERMOSELI AFO. Transtornos de ansiedade: um estudo de prevalência sobre as fobias específicas e a importância da ajuda psicológica. **Caderno de Graduação Ciências Biológicas e da Saúde**. v.3, n.1, p. 115-128, 2015.

MARANFATI I, D'ELIA G, PINHEIRO MCP, CORDEIRO Q, ALVES TCTF. Influência de sintomas ansiosos no desempenho acadêmico de formandos de medicina. **ArqMedHospFacCiencMed Santa Casa de São Paulo**. v.58, p.18-23, 2013.

OLIVEIRA CT e DIAS ACG. Dificuldades na Trajetória Universitária e Rede de Apoio de Calouros e Formandos. **Psico**. v. 45, n. 2, p. 187-197, 2014.

PEREIRA AMTB e GONÇALVES MB. Transtornos emocionais e a formação em Medicina: um estudo longitudinal. **Revista brasileira de educação médica**. v. 33, n. 1, p. 10 – 23, 2009.

SLUZKI, Carlos E. Redes pessoais sociais e saúde: Implicações conceituais e clínicas de seu impacto recíproco. **Famílias, Sistemas e Saúde**, v. 28, n. 1, p.1-18, 2010.

ESPIRITUALIDADE: UMA ESTRATÉGIA PALIATIVA PARA AMENIZAR SOFRIMENTOS

Juliana Silva Neiva¹; Gabriela Troncoso¹; Gabrielle Nunes Coelho¹; Natália de Fátima Gonçalves Amâncio².

¹Acadêmicas do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas-UNIPAM, MG-BR.

²Doutora em Promoção da Saúde. Docente no Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas,-UNIPAM, MG-BR.

E-mail para contato: juju_s_n@hotmail.com

RESUMO

Introdução. Nas últimas décadas, o processo saúde-doença foi reavaliado e mudanças ocorreram: o indivíduo passou a ser contemplado na sua totalidade, incluindo a sua espiritualidade. Diante disso, apesar das dificuldades, é importante que os profissionais da saúde aperfeiçoem seus conhecimentos sobre lidar com a espiritualidade do paciente, pois é uma das categorias dos cuidados paliativos para o tratamento de enfermos em fase terminal e para a aceitação da condição em que estão, destes e de seus familiares, ajudando-os a aliviar a dor diante de tal condição. **Objetivo.** Realizar uma revisão de literatura sobre a importância da espiritualidade na medicina e na saúde. **Metodologia de Busca.** Foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados Scielo e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) entre os períodos de 2007 a 2018, utilizando como descritores “cuidados paliativos” e “espiritualidade”. Além disso, foram direcionadas buscas sobre o conteúdo no site da Organização Mundial da Saúde (OMS). Foram selecionados oito artigos que abordam o tema proposto para este estudo. **Discussão.** A espiritualidade é o caminho para que o paciente encontre significados do que vivencia, reconheça as suas potencialidades, confie em si mesmo e recarregue suas esperanças de maneira a enfrentar as dificuldades com mais perseverança, pois estimula o bem estar biopsicossocial de cada indivíduo. **Considerações finais.** Assim, a espiritualidade é uma ferramenta que tem enorme contribuição no atendimento a indivíduos que se encontram sem a possibilidade de um tratamento que modifique, para melhor, a sua condição clínica e que necessitam de cuidados paliativos.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos. Dor. Espiritualidade.

INTRODUÇÃO

O processo saúde-doença foi reavaliado, nas últimas décadas, e o conceito de saúde, que antes visava somente à cura de patologias, tornou-se mais amplo: o indivíduo passou a ser observado em sua totalidade. Diante disso, além do biológico, colocou-se em prática a ideia do humano como um ser biopsicossocial, no qual dimensões psicológicas e espirituais passaram a ser consideradas (EVANGELISTA et al., 2016). Essas concepções foram enquadradas nos denominados cuidados paliativos, definidos pela Organização Mundial da Saúde (2018), como “uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias que enfrentam o problema associado com doenças potencialmente fatais, utilizando-se da prevenção e do alívio do sofrimento por meio da identificação precoce e avaliação impecável e tratamento da dor e de outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais”. A partir de então, a espiritualidade transformou-se em uma ferramenta

alternativa e fundamental para auxiliar no tratamento, principalmente, de enfermos em estado terminal. Nesse contexto, vale ressaltar, de imediato, que a espiritualidade é diferente da religiosidade. Esta é entendida como prática institucionalizada de um sistema de crenças, rituais e símbolos, compartilhados por uma comunidade (DAL-FARRA et al., 2010). Já aquela, manifesta-se a partir do interior do indivíduo, não segue regras e não se submete a rituais específicos; é subjetiva (GUIMARÃES et al., 2007).

Diante disso, a espiritualidade é um auxílio para os profissionais da saúde no cuidar dos pacientes, os quais se encontram sem alternativas de tratamentos que melhorem as suas condições clínicas, pois ao considerar os aspectos da individualidade de cada um cria-se uma relação médico-paciente cada vez mais sólida e ampla, proporcionando bem estar aqueles que necessitam de cuidados paliativos. Entretanto, ainda há muitas dificuldades para trabalhar a espiritualidade, devido à falta de habilidade para reconhecer as exigências espirituais de cada indivíduo (EVANGELISTA et al., 2016). Assim, ressalta-se a importância dos profissionais da área da saúde aperfeiçoar os conhecimentos sobre esse novo instrumento da terapêutica.

OBJETIVOS

O principal objetivo desta revisão de literatura é analisar ideias de outros estudiosos e, a partir destas, pontuar a importância da espiritualidade na prática médica para o tratamento de enfermos em fase terminal e para a aceitação, da condição médica, destes e de seus familiares, ajudando-os a aliviar a dor. Além disso, ressalta-se como finalidade secundária despertar interesse dos profissionais da saúde que acreditam nessa terapêutica, a fim de discutirem, aprimorá-la e pô-la em prática.

METODOLOGIA DE BUSCA

Para realizar essa revisão de literatura, inicialmente foi escolhido um tema atual e que desperta interesse para novas pesquisas e aprimoramentos. A partir de então, foram trilhadas buscas e estratégias de raciocínio que envolvessem todo um contexto cronológico desde o período que o foco era apenas a doença até o atual em que o indivíduo é considerado em sua totalidade. Para isso, foram utilizadas as bases de dados Scielo e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Utilizando os descritores “cuidados paliativos” e “espiritualidade”, foram selecionados oito artigos publicados entre os períodos de 2007 a 2018, que abordam o tema proposto neste estudo. Além disso, foram direcionadas buscas sobre o conteúdo no site da Organização Mundial da Saúde (OMS).

DISCUSSÃO

Ao considerar o indivíduo em sua totalidade, as dimensões psicológicas e espirituais, além da física, da social e da biológica, passaram a compor os cuidados paliativos. Estes caracterizam o tratamento mais ativo e completo, direcionado aos pacientes diagnosticados com doenças sem perspectivas de melhoras clínicas, cuja finalidade é proporcionar a eles e a seus familiares alívio diante dos problemas, prevenção do que

poderá vir a acontecer, promoção do crescimento pessoal e espiritual e reconhecimento desi mesmo como um ser fundamental (EVANGELISTA et al., 2016).

Nesta perspectiva, a espiritualidade como parte desses cuidados paliativos tornou-se instrumento relevante para as práticas médicas. É subjetiva e é vista como uma relação entre forças superiores e às capacidades humanas, para além das religiões e de seus específicos credos (SÁ, 2017). Diante de um enfermo, o qual se encontra em estágio avançado de determinada patologia, constata-se, então, que o espiritual é o caminho para que o paciente encontre significados para tal condição, reconheça suas potencialidades, confie em si mesmo e recarregue suas esperanças de maneira a enfrentar as dificuldades com mais perseverança (FERREIRA et al., 2015).

Para Peres et al., (2007), a atenção à espiritualidade no manejo de doenças sem perspectivas de cura é cada vez mais importante. Ele afirma que o ser humano busca significado em tudo o que o que cerca, pois sempre quer encontrar formas de se completar. Diante disso, a transcendência da existência torna-se a essência da vida à medida que esta se aproximado seu fim. Assim, “transcender é buscar significado, a espiritualidade é o caminho” (PERES et al., 2007, p. 2).

Por outro lado, para Oliveira (2017), a cura e a prevenção de doenças sempre estiveram ligadas às práticas religiosas e somente com o surgimento da medicina científica foram desvinculadas. Dessa forma, os profissionais médicos foram submetidos a uma formação técnica em que corpo e mente não se associavam. Entretanto, mesmo no século XXI, a religião não desapareceu e, hoje, a espiritualidade, uma dimensão além da religiosa, é significativa para a qualidade de vida dos pacientes que se encontram com a saúde comprometida. Ou seja, a formação dos médicos, assim como a dos enfermeiros, tornou-se centrada e cada vez mais importante nesse aspecto.

Além disso, a espiritualidade é um artifício que ao ser reconhecido como instrumento de enfrentamento das dificuldades estreita a relação médico-paciente, pois o médico ao tratar da individualidade de cada paciente consegue planejar e atingir as necessidades de cada um, fazendo com que haja a minimização do sofrimento e, assim, melhores expectativas (EVANGELISTA et al., 2016). Entretanto, muitos desses profissionais não a colocam em prática devido à falta de preparação e de habilidade, sendo o medo de impor a crença pessoal o maior receio, o que, por sua vez, demonstra a necessidade de mais pesquisas na área, a fim de favorecer o cuidado integral dos indivíduos (OLIVEIRA, 2017).

Nessa perspectiva, mesmo diante das dificuldades, os aspectos espirituais de cada paciente devem ser incentivados cada vez mais nos diferentes níveis de atenção à saúde como mais um recurso de efeito terapêutico. Assim, é interessante que os profissionais da saúde estimulem o bem estar biopsicossocial espiritual de cada paciente por meio de estratégias condizentes com a realidade e com a vontade deste e de seus familiares (SÁ, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A espiritualidade é, sem dúvidas, uma forma de cuidados paliativos extremamente benéfica para os pacientes, em especial aqueles que se encontram sem a possibilidade de um tratamento que modifique, para melhor, a sua condição clínica. Para tanto, é importante o

aprimoramento na área, visto que muitos profissionais médicos se sentem inseguros para colocá-la em prática.

REFERÊNCIAS

DAL-FARRA, R.A.; GEREMIA, C. Educação em Saúde e Espiritualidade: Proposições Metodológicas. **Revista Brasileira de Educação Médica**. V.34, n. 4, p.587-597, 2010.

EVANGELISTA, C.B et al. Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.69, n.3, p.554-563, mai./jun, 2016.

FERREIRA, A.G.C et al. Concepções de Espiritualidade e Religiosidade e a Prática Multiprofissional em Cuidados Paliativos. **Revista Kairós Gerontologia**. São Paulo, v.18, n.3, p.227-244, jul./set, 2015.

GUIMARÃES, H.P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Rev. Psiq. Clín.** **34**, São Paulo, supl 1; 88-94, 2007.

OLIVEIRA, R.A. Saúde e espiritualidade na formação profissional em saúde, um diálogo necessário. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**. 2017;19(2):54-5.

OMS. **Cuidado paliativo**. Disponível em: <<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>>. Acesso em: 21 set. 2018.

PERES, M.F.P.; ARANTES, A.C.L.Q.; LESSA, P.S.; et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Rev. Psiq. Clín.** **34**, São Paulo, supl 1; 82-87, 2007.

SÁ, K.N. Espiritualidade e dor. **Rev Dor. São Paulo**, 2017 abr-jun;18(2):95-6

TEMA: Urgência e Emergência

ESCALA DE COMA DE GLASGOW COM RESPOSTA PUPILAR (ECG-P) E SUA RELAÇÃO COM O PROGNÓSTICO DE PACIENTES COM TCE: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Bárbara Andrêssa Silva Ferreira¹; Danielle Gonçalves Soares de Freitas¹; Guilherme Cincinato de Almeida¹; Natália de Fátima Gonçalves Amâncio².

¹ Acadêmicos(as) de Medicina, Centro Universitário de Patos de Minas, Patos de Minas, MG-BR.

² Doutora em Promoção da Saúde. Docente no Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas, UNIPAM, MG-BR.

E-mail para contato: barbaraandressa25@hotmail.com

RESUMO

Introdução: Traumatismo crânio-encefálico (TCE) é uma das maiores causas de morte no mundo. Mais da metade dos traumatizados morrem nos primeiros momentos após o acidente. Contudo, a triagem inicial envolvendo a avaliação neurológica, pode interferir nesse prognóstico. Por isso existem várias escalas de avaliação de consciência, sendo a mais utilizada a Escala de Coma de Glasgow, que sofreu atualização em 2018, e se tornou a Escala de Coma de Glasgow com Resposta Pupilar (ECG-P). **Objetivos:** A fim de contribuir com a atualização dos profissionais de saúde, objetivou-se descrever a nova escala e a sua relação com o prognóstico do TCE. **Metodologia de Busca:** Trata-se de uma revisão da literatura. Consultando as bases Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Google Acadêmico, PubMed, Scielo, e o portal da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia, com os descritores “glasgow”, “pupila” e “traumatismo”, nos idiomas inglês e português, foram selecionados 5 artigos científicos publicados entre os anos 2011 a 2018. **Discussão:** Os artigos trouxeram a nova Escala de Glasgow, que incluiu a Pontuação de Reatividade Pupilar (PRP). Ela foi modificada a partir da observação de que essa resposta à luz ajuda na estratificação de risco do paciente e conseqüentemente no seu prognóstico. No novo parâmetro, deve ser feita a subtração da PRP, e o escore vai de 1 a 15. **Conclusão:** A partir da análise, afirma-se a importância da atualização da Escala de Glasgow na relação com os desfechos de TCE. Por isso deve ser incentivado o conhecimento do assunto e a adesão de médicos e socorristas.

PALAVRAS-CHAVE: Glasgow, Pupila, Traumatismo.

INTRODUÇÃO

Os traumas cranioencefálicos (TCE) são um dos principais problemas de saúde pública mundial. É considerada a terceira causa mais comum de óbito nos Estados Unidos (EUA), e no Brasil estima-se que provoca mais de 100.000 vítimas fatais por ano (OLIVEIRA, 2014).

É fato que mais da metade das vítimas do TCE morrem ainda no local do trauma, sem tempo para reanimação. Contudo, a abordagem inicial, incluindo anamnese, exame físico geral e a avaliação neurológica, se feitos de forma rápida e objetiva, tem grande influência no prognóstico daquele paciente (OLIVEIRA, 2014).

Por isso, nas últimas décadas diversas escalas foram criadas para ajudar os profissionais de saúde a realizarem essa avaliação, sendo a mais utilizada internacionalmente a Escala de Coma de Glasgow (ECG).

A ECG foi desenvolvida por Teasdale e Jennet em 1974, na Universidade de Glasgow. É considerado um instrumento clínico, preditivo e sensível para avaliar alterações do nível de consciência, ao abordar três parâmetros: abertura ocular, reação motora e resposta verbal. Cada componente recebe uma pontuação e a nota final varia de 3 a 15 pontos (MUNÃNA-RODRÍGUEZA, 2014).

A escala já sofreu algumas alterações ao longo dos anos, e em 2018, para sensibilizar ainda mais o teste, foi adicionado a Pontuação de Reatividade Pupilar (PRP) e criado a Escala de Coma de Glasgow com Resposta Pupilar (ECG-P). (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROCIRURGIA, 2018)

OBJETIVO

Devido à importância dessa escala nas urgências para a avaliação de traumas cranioencefálicos (TCE), objetivou-se descrever a nova Escala de Coma de Glasgow com Resposta Pupilar (ECG-P) e sua relação com a avaliação de prognóstico de pacientes com TCE, a fim de contribuir com a atualização de médicos, estudantes e outros profissionais da área da saúde.

METODOLOGIA DE BUSCA

Trata-se de revisão da literatura, que buscou evidenciar e discutir as principais características nova Escala de Coma de Glasgow com Resposta Pupilar (ECG-P), bem como suas contribuições para o prognóstico de pacientes com TCE, a partir de publicações científicas indexadas na base de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Google

Acadêmico, PubMed, Scielo, e o portal da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia, entre os anos de 2011 a 2018. Foram utilizados os descritores “glasgow”, “pupila” e “traumatismo”, nos idiomas inglês e português. Ao final, foram selecionados 05 artigos, sendo que destes, dois eram no idioma inglês, dois em português e um em espanhol.

DISCUSSÃO

Segundo a Sociedade Brasileira de Neurocirurgia (SBN) a Escala de Coma de Glasgow (ECG) é o padrão-ouro de avaliação de traumatismos cranioencefálicos (TCE) devido à sua simplicidade e praticidade em comparação com outras ferramentas. É recomendado que a primeira avaliação seja feita ainda nas primeiras 6 horas após o trauma, tendo em vista que nas primeiras horas após o acidente, muitos pacientes estão sedados ou intubados, o que poderia interferir no nível de consciência (OLIVEIRA, 2014).

Além disso, a Sociedade relembra o comportamento simples, e que já é rotina de muitos médicos, de fazer o exame de resposta das pupilas à luz.

O estudo de EMAMI *et al.*, (2017), que tem como um dos colaboradores um dos criadores da Escala de Coma de Glasgow; confirmou a maior precisão de diagnóstico e de possíveis prognósticos do TCE, a associação da ECG com a avaliação da resposta pupilar à luz.

Nessa pesquisa foram unidos dois grandes estudos o CRASH (Corticosteroid Randomisation After Significant Head Injury; n = 9,045) e o IMPACT (International Mission for Prognosis and Clinical Trials in TBI; n = 6855) somando ao todo informações de 15.900 pacientes que sofreram traumatismo cranioencefálico e que foram tratados nos anos de 2002 a 2013 em hospitais alemães (EMAMI *et al.*, 2017).

Foram excluídos aqueles que morreram, quem tinha mais de 55 anos, devido a maior taxa de mortalidade de idosos com TCE; aqueles que transferiram de hospital e aqueles que tinham dados incompletos, ficando, ao final, informações de 9559 pacientes para serem analisadas. Além disso, eles ainda os classificaram em pediátricos (até 15 anos de idade) e adultos (até 55 anos de idade), sendo que a maior causa de trauma naqueles foi acidentes automobilísticos e nesses ferimentos como pedestres (EMAMI *et al.*, 2017).

A gravidade do TCE e a alteração da consciência foram pontuados usando o ECG, mais detalhada na Tabela 1, avaliando a resposta motora de 1 a 6, resposta verbal de 1 a 5 e abertura ocular de 1 a 4 e também pelo Eppendorf-Cologne Scale (ESC). Esse último (Tabela 2), é um novo escore de trauma que combina reatividade da pupila pontuando de 0 a 3, seu tamanho de 0 a 2 pontos e um componente motor adaptado da ECG que varia de 0 a 3.

TABELA 1 - Escala de Coma de Glasgow (ECG)

	Variáveis	Score
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz (comando verbal)	3
	À dor	2
	Ausente	1
	Não testável (NT) – Em pacientes com edema ou hematoma que impossibilita a abertura dos olhos	
Melhor resposta verbal	Orientado	5
	Confuso	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras ou sons incompreensíveis	2
	Sem resposta	1
	Não testável (NT) – Em pacientes intubados	
Resposta motora	Obedece a comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada à dor	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma resposta	1

Fonte: OLIVEIRA, et al., 2014.

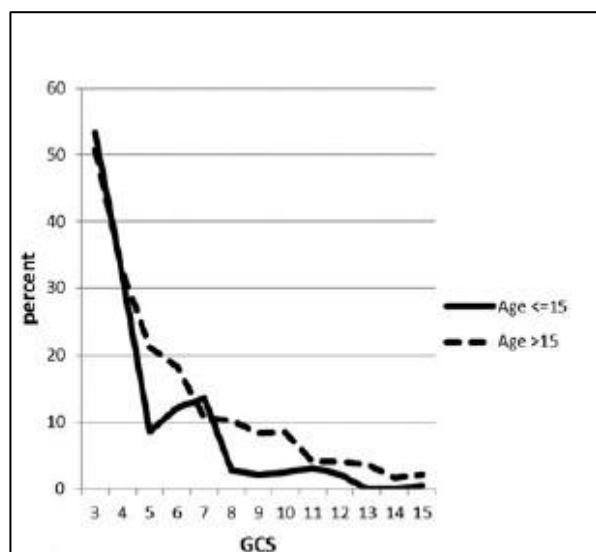
TABELA 2 – Eppendorf-Cologne Scale (ESC)

Element	Findings	Score/Value
Motor response	Normal	0
	Specific	1
	Nonspecific	2
	None	3
Pupil reactivity	Brisk	0
	Sluggish	1
	Fixed	3
Pupil size	Normal	0
	Anisocoric	1
	Bilaterally dilated	2

Fonte: EMAMI et al., 2017.

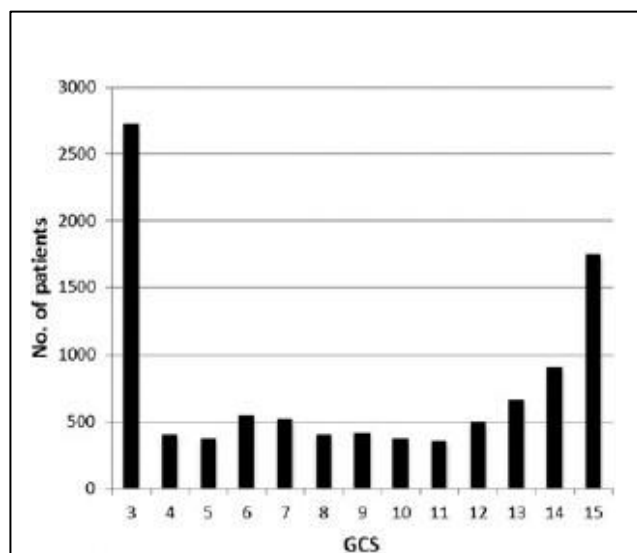
Os resultados trouxeram que a taxa de morte em geral foi maior em adultos do que crianças 19,9% vs 16,3% respectivamente e que esse resultado também se demonstrou nas primeiras 24 hs 11,1% vs 9%. Os achados foram concordantes com alguns estudos que mostram que pacientes pediátricos com TCE têm um melhor prognóstico que pacientes adultos, demonstrado nas Figuras 3 e 4, o que justifica ações mais drásticas de reanimação nessa faixa etária (EMAMI et al., 2017).

Figura 3 – Porcentagem de mortes de acordo com a ECG.



Fonte: EMAMI *et al.*, 2017.

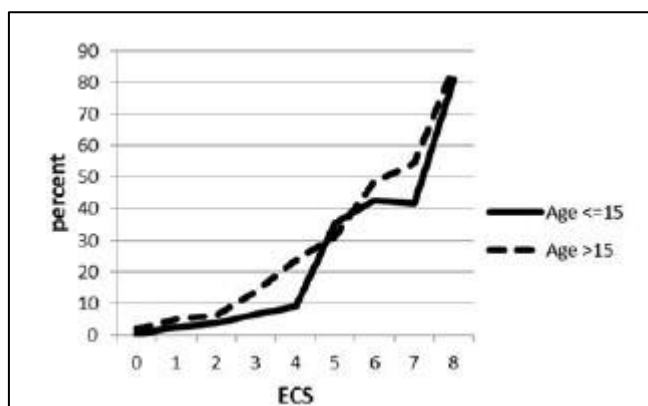
Figura 4: Distribuição do número de pacientes por pontuação na ECG.



Fonte: EMAMI *et al.*, 2017.

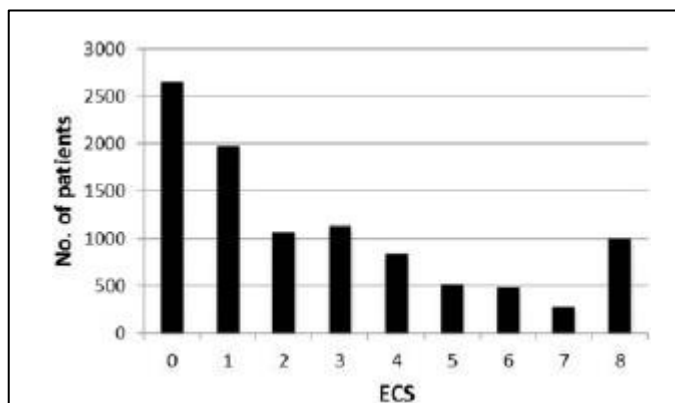
Além disso, ficou demonstrado que avaliações do tamanho e da reatividade pupilar foram ferramentas importantes para a previsão de resultados, demonstrado nas Figuras 5 e 6, sendo que os desfavoráveis aumentaram 63% quando apenas uma pupila reagia e 79% quando nenhuma reagia à luz.

Figura 5: Porcentagem de mortes de acordo com a ECS.



Fonte: EMAMI *et al.*, 2017.

Figura 6: Distribuição do número de pacientes por pontuação na ECS.



Fonte: EMAMI *et al.*, 2017.

Devido a isso os autores demonstraram a relação da resposta pupilar com o prognóstico de um paciente com TCE, e foi criado a Escala de Coma de Glasgow com Resposta Pupilar (ECG-P). Nela, os profissionais da saúde irão realizar a ECG e desse resultado subtrairão a

Pontuação de Responsabilidade Pupilar, descrita na Tabela 3. O escore final irá variar de 1 a 15 (EMAMI *et al.*, 2017).

TABELA 3 - Pontuação de Responsabilidade Pupilar

REATIVIDADE PUPILAR	PONTUAÇÃO
Inexistente	2
Parcial	1
Completa	0

Fonte: Adaptada de SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROCIRURGIA. **Escala de coma de Glasgow ganha atualização esclarecedora.** Disponível em: <<https://portalsbn.org/portal/escala-de-coma-de-glasgow-ganha-atualizacao-esclarecedora/>> Acesso em: 27 de setembro de 2018.

Ademais, outro estudo realizado em 2011 com 24115 pacientes internados nos hospitais da Alemanha de 1993 a 2009, demonstrou que a Escala de Coma de Glasgow aliada com a resposta pupilar presente no ECS superou a precisão diagnóstica da ECG isoladamente, pois 95,1% dos 283 pacientes que tinham TCE grave, apresentavam pupilas não reativas ou desiguais à luz, enquanto os que apresentam um traumatismo mais leve, cerca de 8% do total, mostravam ambas as pupilas reativas (HOFFMANN *et al.*, 2011).

Portanto, devido a simplicidade e a maior precisão diagnóstica, acredita-se que essa nova escala deve ser conhecida e aderida nas urgências pelos médicos e outros profissionais da saúde. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROCIRURGIA, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O traumatismo crânio-encefálico é uma condição grave, responsável por altos índices de mortalidade em todo o mundo. A história clínica, o exame físico e a avaliação neurológica são grandes influenciadores do curso desta patologia, o que justifica o grande número de escalas neurológicas criadas nas últimas décadas, sendo a Escala de Coma de Glasgow a mais famosa e mais usada internacionalmente. Por isso, a partir das discussões trazidas pelos artigos, foi possível identificar a importância desse parâmetro e confirmar que um teste simples e rápido, como a resposta da pupila à luz, interfere na classificação de risco do

paciente e conseqüente no seu prognóstico. Por isso, em 2018, essa escala sofreu uma atualização para a Escala de Coma de Glasgow com Resposta Pupilar (ECG-P) que varia de 1 a 15 pontos, e continua trazendo como parâmetros a avaliação da abertura ocular, resposta verbal, resposta motora, além da Pontuação de Responsabilidade Pupilar, que deve ser subtraído da soma total dos outros índices. Assim, é possível concluir que a Escala de Coma de Glasgow com Resposta Pupilar (ECG-P) foi uma importante mudança, que aliados a outros métodos, garante uma maior sensibilidade no diagnóstico e prognóstico dos traumatismos crânio-encefálicos, principalmente os mais graves. Devido a sua simplicidade e importância, acredita-se que ela será bem aderida aos serviços de urgência e emergência.

REFERÊNCIAS

EMAMI, P. M.D.T. et al. Impact of Glasgow Coma Scale score and pupil parameters on mortality rate and outcome in pediatric and adult severe traumatic brain injury: a retrospective, multicenter cohort study. **Journal Neurosurg**, USA, 2017. v. 126 p. 760-767.

HOFFMANN. M et al. Pupil evaluation in addition to Glasgow Coma Scale components in prediction of traumatic brain injury and mortality. **British Journal of Surgery Society Ltd**, England, 2011.

MUÑANA-RODRÍGUEZ, J. E. et al. Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado. **Enfermería Universitaria**, México, 2014.

OLIVEIRA, D.M.P. et al. Escalas para avaliação do nível de consciência em trauma cranioencefálico e sua relevância para a prática de enfermagem em neurocirurgia. **Arquivos brasileiros de neurocirurgia**, Aracajú, 2014. 33(1) p. 22-32.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROCIRURGIA. **Escala de coma de Glasgow ganha atualização esclarecedora**. Disponível em: < <https://portalsbn.org/portal/escala-de-coma-de-glasgow-ganha-atualizacao-esclarecedora/>> Acesso em: 27 de setembro de 2018.

URGÊNCIAS DERMATOLÓGICAS

Dallis Lázara Oliveira¹, Ana Cecília Alves Silva Marques¹, Raíssa Aparecida da Silva Santos¹
Tiago Augusto Fernandes Peres².

¹Acadêmicas do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas;

² Docente pelo curso de Medicina do Centro Universitário Patos de Minas.

E-mail para contato: Dallislara@hotmail.com

RESUMO: Relatos de emergências médicas no consultório dermatológico não são frequentes, o que se deve à natureza ambulatorial da prática dermatológica. Apesar disso, nesta revisão foi visto que o acometimento dermatológico na urgência geralmente pode ocorrer por quadros agudos como urticárias, eritrodermia, psoríase pustulosa, purpura fulminante, dermatoses bolhosas e farmacodermias. Muitas vezes, essas respostas advêm de quadros reacionais secundários e que exigem um atendimento eficaz devido à gravidade. Assim, esse trabalho visa evidenciar por meio de uma revisão qualitativa sistemática da literatura, quais doenças dermatológicas se afastam do contexto ambulatorial e que precisam ser abordadas de maneira mais incisiva e imediata por se tratarem de urgências médicas.

PALAVRAS-CHAVE: Dermatologia. Emergências. Urgência

INTRODUÇÃO

Relatos de emergências médicas no consultório dermatológico não são frequentes, isso pode ser graças à natureza ambulatorial da prática dermatológica. (MONTEIRO, 2009). Sendo assim, existem dados escassos sobre acometimento dermatológico na urgência, mas sabe-se que acometimentos agudos como urticárias, farmacodermias, psoríase pustulosa, purpura fulminante, dermatoses bolhosas, dentre outras, exigem um atendimento nesse tipo de serviço devido à gravidade dos casos. (MARTINS et al., 2016). Problemas dermatológicos agudos como a síndrome de Stevens-Johnson e a necrólise epidérmica tóxica também são bastante relatadas na literatura, inclusive na norte-americana. Pacientes eritrodérmicos também requerem avaliação e manejo imediatos (USATINE, 2010). Para tanto, deve-se obter uma história detalhada acerca de doenças dermatológicas prévias e tratamentos realizados ou suspensos de forma abrupta. Sendo também extremamente cauteloso observar a sequência do paciente também após procedimentos estéticos realizados. (MONTEIRO, 2009)

OBJETIVO

Saber reconhecer e diferenciar quais doenças dermatológicas fogem de um contexto ambulatorial, menos urgente, para aquelas em que se deve agir de forma mais incisiva e imediata de acordo com as diretrizes das urgências médicas.

METODOLOGIA

No presente estudo foi feita uma revisão sistemática de literatura, com seguimento de investigação já bem estabelecidas com base em sua relevância no tema proposto em cinco livros dos últimos dez anos sobre o aludido tema. Além disso, foram feitas pesquisas nas bases de dados LILACS, PubMed e SciELO com o achado de sete artigos nacionais e internacionais e ainda, uma busca no site oficial da Sociedade Brasileira de Dermatologia, tendo concluído uma pesquisa qualitativa exploratória.

DISCUSSÃO

Há algumas definições sobre urgência em dermatologia, um deles se refere a situações nas quais a patologia gera um risco imediato. Outra definição seria situações nas quais o paciente necessitaria de atenção imediata (FERNANDEZ). As urgências são causadas por dermatopatias das mais variadas causas, como por exemplo: infecções, urticárias, farmacodermias, necrólise epidérmica tóxica, síndrome de Stevens-Johnson, dentre outras (FERNANDEZ). A urticária pode gerar um quadro de urgência e consiste em uma síndrome reacional da pele e das mucosas devido a diversos estímulos. Ela geralmente se apresenta em pápulas edematosas dérmicas, ou placas eritematosas, edematosas, transitórias de diferentes tamanhos, associadas a prurido (MORENO, 2015). O edema da derme superficial é o que é denominado urticária, enquanto o edema da derme profunda, do subcutâneo e do trato gastrointestinal é chamado de angioedema (LUPI, 2012). A eritrodermia trata-se de uma manifestação dermatológica em 52% dos casos, é secundária a uma doença cutânea subjacente. Suas causas mais frequentes são: psoríase, eczemas, hipersensibilidade a drogas e linfomas cutâneos de células T (MARTINS et al., 2016). A eritrodermia associada à psoríase é considerada uma exacerbação dessa doença e os fatores de risco para tal são: descontinuação do tratamento vigente, introdução inadvertida de corticosteroides orais ou injetáveis e sua posterior suspensão, doenças sistêmicas e algumas medicações (p. ex., lítio, terbinafina, antimaláricos, bupropiona, antimicrobianos e antiepilépticos).(MARTINS et al., 2016). As dermatoses bolhosas são um grupo de doenças que se caracterizam pela clivagem

da epiderme em algum dos seus planos, resultando no aspecto clínico de vesículas e bolhas.(MARTINS et al.,2016).As bolhas produzidas no penfigoide bolhoso têm um teto composto por toda a espessura da epiderme, o que as torna tensas à digitopressão, por vezes com conteúdo hemorrágico e, quando rotas, deixam a derme desnuda e sangrante. (MARTINS et al.,2016). A púrpura fulminante é manifestação dermatológica de um quadro sistêmico de necrose de vários órgãos, inclusive a pele, que compõe a coagulação intravascular disseminada (CIVD). A hipoperfusão tecidual, derivada de um estado de hipovolemia, seja por trombose da microvasculatura, leva a uma situação de isquemia difusa que é evidenciada na pele por lesões inicialmente purpúricas ou equimóticas, de contornos geográficos e que com a evolução se tornam necróticas e podem originar ulcerações extensas. (MARTINS et al., 2016). Síndrome de Stevens Johnson é uma afecção inflamatória aguda, febril e autolimitada, que afeta a pele e a membrana mucosa. A doença tem início súbito, com febre de 39-40° C, dor, mal-estar, cefaleia, dor de garganta e na boca(EMERICK, 2014). Ocorre eritema cutâneo que pode começar como máculas que se tornam pápulas, vesículas, bolhas, placas de urticária ou eritema confluyente. O centro dessas lesões pode ser vesicular, purpúrico, ou necrótico. A lesão patognomônica tem a aparência em “alvo” (BULISSANI, 2006). Necrólise epidérmica tóxica, é um termo usado para descrever a necrose isolada da camada epidérmica pelo destacamento da epiderme, onde praticamente não se vislumbram as alterações de caráter inflamatório (EMERICK, 2014). Inicialmente apresenta sintomas inespecíficos, tais como febre, dor de garganta, tosse e queimação ocular, evoluindo com erupção eritematosa surge simetricamente na face e na parte superior do tronco, com extensão craniocaudal, provocando sintomas de descolamento epidérmico ou dor da pele (EMERICK). Drogas incluindo alopurinol, antibióticos, anticonvulsivantes e AINEs do tipo oxicam são a principal causa de SSJ / NET na maioria dos casos. Evidências recentes confirmam uma suscetibilidade genética para SSJ e NET, como exemplificado pela forte associação observada em chineses (HARR T, 2010). Farmacodermia ou reações cutâneas à drogas são reações adversas a medicamento mais comum e pode acometer pele, mucosas e anexos (PANGRACIO, 2018). Dentre as causas de maior gravidade estão: síndrome de hipersensibilidade a drogas, as anteriores citadas síndrome de Stevens-Johnson, necrólise epidérmica tóxica e pustulose exantemática aguda (MARTINS, 2016).

CONCLUSÃO

Para uma situação de emergência toda equipe deve estar treinada e trabalhar em conjunto, seguindo um plano preestabelecido para situações inesperadas como as que uma urgência dermatológica venham a exigir. A equipe deve estar apta a realizar o Suporte Básico e Avançado de Vida, ou dependendo, encaminhar para o Pronto Atendimento o mais rápido possível, para evitar um pior prognóstico nestas ocasiões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BULISANI, Ana Carolina Pedigoni et al. Síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica em medicina intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 2006.

FERNÁNDEZ, Ricardo Suárez; NOFUENTES, Paloma Borregón. Urgencias en dermatología. *Más dermatología*, n. 16, p. 20-23, 2012.

FERREIRA BARBOSA EMERICK, Mariane et al. Síndrome de Stevens-Johnson e Necrólise Epidérmica Tóxica em um hospital do Distrito Federal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 67, n. 6, 2014.

HARR, Thomas; FRENCH, Lars E. Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis. In: *Adverse Cutaneous Drug Eruptions*. Karger Publishers, 2012. p. 149-166.

LUPI, Omar; BELO, Josemir; CUNHA, Paulo R. Rotinas de diagnóstico e tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia. In: *Rotinas de diagnóstico e tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia*. 2010.

MARTINS, Herlon Saraiva et al. *Medicina de emergências: abordagem prática*. 2016.

MONTEIRO, Érica de Oliveira. Emergência médica no consultório dermatológico. *Rev Bras Med*, v. 66, n. 6, n. esp, 2009.

MORENO, Laura Barbosa et al. Urgências Dermatológicas. *Revista Mexicana de Dermatología*, 2015.

PANGRACIO, M. FREZZA, G. Farmacodermia na sala de urgência. *Revista Qualidade USP*, 2018.

USATINE, Richard P.; SANDY, Natasha. Dermatologic emergencies. *American family physician*, v. 82, n. 7, p. 773-780, 2010.

PAPEL DA HEMOTRANSFUSÃO NO TRATAMENTO DO CHOQUE HEMORRÁGICO NOS DIAS ATUAIS.

João Vítor Resende Andrade¹; Caíque Mortati Martins da Silva¹; Luíza Pereira Lopes¹; Dulcídio de Barros Moreira Júnior².

¹Acadêmicos do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas;

² Docente pelo curso de Medicina do Centro Universitário Patos de Minas.

E-mail para contato: joaoresendea@gmail.com

RESUMO:

Introdução: O Choque hemorrágico (CH) é a forma de choque hipovolêmico na qual uma grande perda sanguínea leva a um déficit na oxigenação celular, responsável por cerca de 30%-40% da mortalidade precoce no trauma. A ressuscitação volêmica no CH é motivo de debate: volume, tipo de fluido e as metas a serem atingidas. **Objetivos:** Revisar as bases teóricas da abordagem terapêutica voltada para a ressuscitação volêmica do paciente em choque, dando ênfase na atualização do papel da hemotransfusão. **Metodologia de busca:** Revisão sistemática de artigos científicos originais, incluindo ensaios clínicos e revisões, nas bases de dados Medline, BVMS/BIREME, Scielo e EBSCO. Ao enfatizar os termos “choque”, “hemotransfusão” e “trauma”, foram selecionados 18 artigos. **Discussão:** A decisão de iniciar a transfusão baseia-se, principalmente, na resposta do doente, sendo resposta transitória ou mínima, sem resposta e aqueles com hemorragia classe III ou IV - necessitarão de sangue e derivados como parte precoce de sua reanimação. Diante disso, o reconhecimento instantâneo do CH e o estancamento do sangramento são táticas para salvar vidas. Nos casos de transfusão maciça é importante administrar precocemente os produtos do sangue - hemácias, plasma e plaquetas - em uma razão que tende a ser de 1:1:1 e não mais a reposição de 3:1, representando uma melhora dos pacientes. **Considerações finais:** A partir desse estudo, considera-se que embora a terapêutica ideal de abordagem do choque hemorrágico não esteja plenamente acordada, a rapidez no controle da hemorragia, a restauração do volume intravascular, resgate perfusional é imprescindível.

PALAVRAS-CHAVE: Choque Hemorrágico. Hemotransfusão. Trauma.

INTRODUÇÃO

Define-se choque como o estado de má perfusão tecidual, cuja etiologia pode ser diversa, sendo o tipo hemorrágico o mais comum em pacientes vítimas de trauma.(BRANDÃO et al., 2017).

O Choque hemorrágico (CH) é a forma de choque hipovolêmico na qual uma grande perda sanguínea leva a um déficit na oxigenação celular, responsável por cerca de 30%-40% da

mortalidade precoce no trauma, se não controlado. (JÚNIOR et al., 2007). Nesse caso, a infusão de fluidos é um dos tratamentos fundamentais para estabilização hemodinâmica, entretanto a expansão volêmica excessiva pode causar complicações graves para o paciente crítico, como congestão sistêmica e pulmonar, cor pulmonale, edema intestinal, injúria renal e – consequentemente– aumento da morbidade e da mortalidade. Portanto, a quantidade ideal de fluidos a ser infundida deve ser avaliada individualmente, e dispositivos avançados de monitorização podem ser úteis nesses casos.(BRANDÃO et al., 2017) .

O objetivo do tratamento do choque hemorrágico é cessar o sangramento, restaurar o volume intravascular, além de normalizar o metabolismo oxidativo e a perfusão tissular. Quatro aspectos devem ser considerados quando se trata de choque hemorrágico: tipo de fluido a ser dado, quanto tempo de infusão e os objetivos terapêuticos. O fluido ideal para a ressuscitação não está bem estabelecido. A transfusão de sangue (hemotransfusão) caracterizada pela transferência de um hemocomponente ou hemoderivado de um indivíduo (doador) a outro (receptor), é necessária quando a estimativa de perda sanguínea excede 30% do volume sanguíneo. (FELICE et al., 2011).

OBJETIVOS

Revisar as bases teóricas com a finalidade de analisar a eficácia da abordagem terapêutica voltada para a ressuscitação volêmica do paciente em choque hemorrágico, com ênfase na atualização da hemotransfusão. Além disso, objetiva estabelecer a propedêutica baseada em evidências, visando diminuir controvérsias existentes quanto às melhores estratégias de ressuscitação, abordando tanto o volume quanto o tipo de fluido necessário.

METODOLOGIA DE BUSCA

Revisão sistemática de artigos científicos originais, incluindo ensaios clínicos e revisões, nas bases de dados Medline, BVMS/BIREME, Scielo e EBSCO. Ao enfatizar os termos “choque”, “hemotransfusão” e “trauma”, foram selecionados 15 artigos relacionados ao assunto abordado no trabalho vigente. De modo a abranger as informações coletadas, as referências dessas publicações originais selecionadas que se enquadraram nos critérios de inclusão também foram analisadas com o objetivo de encontrar outras produções literárias que não foram identificados pela estratégia inicial de busca. Ao total, reuniu-se 18 artigos, dos anos 1999 a 2018.

DISCUSSÃO

A morte por hemorragia representa um problema global substancial, com cerca de 1,5 milhões de morte por ano no mundo, tradução nossa (CANNON, A., 2018). Com bases na literatura do manual “Advanced Trauma Life Support (9ª edição)”, a hemorragia classe I é exemplificada pela condição do doador de uma unidade de sangue. A classe II é representada pela hemorragia não complicada, mas na qual é necessária a reposição de cristaloides. A classe III é um estado hemorrágico mais complicado no qual é necessária a reposição de, no mínimo, cristaloides e, possivelmente, de sangue. A hemorragia classe IV deve ser considerada como um evento pré-terminal, no qual, a menos que medidas terapêuticas muito agressivas sejam adotadas, o doente morrerá dentro de minutos, sendo imprescindível a administração de transfusão de sangue.

A decisão de iniciar a transfusão baseia-se, principalmente, na resposta do doente. Doentes com resposta transitória ou mínima, sem resposta e aqueles com hemorragia classe III ou IV - necessitarão de sangue e derivados como parte precoce de sua reanimação (American college of surgeons committee on trauma, 9ª ed). Diante disso, o reconhecimento instantâneo do choque hemorrágico e o pronto-atendimento para estancar o sangramento são táticas para salvar vidas. O rápido controle da fonte da hemorragia, a restauração do volume intravascular e a capacidade de carreamento de oxigênio pelo organismo do paciente contribui de maneira significativa para limitar a mortalidade e depuração do estado de choque, além de reconstituir o débito de oxigênio acumulado, tradução nossa (CANNON, A., 2018)

Ainda dentro desse contexto, um pequeno grupo de doentes, cerca de 3 a 4%, segundo Nascimento et.al (2007) requererá transfusão maciça (TM). Esse termo, atualmente, é definido como substituição de toda a volemia em até 24hs e/ou transfusão de pelo menos dez unidades de concentrados de hemácias em até 24hs (American college of surgeons committee on trauma, 10ª ed). Outras definições mais dinâmicas consideram a transfusão de quatro ou mais concentrados de hemácias em até uma hora, associada a sangramento ativo, ou a substituição de mais de 50% da volemia em até três horas (BRANDÃO et.al, 2017) Nesses casos, é importante administrar precocemente os produtos do sangue - hemácias, plasma e plaquetas - em uma razão que tende a ser de 1:1:1 e não mais a reposição de 3:1 (perdido/reposto) (CANNON, A., 2018). Esse tratamento tem sido denominado como

balanceado, hemostático ou reanimação de controle de danos e apresenta, conforme a realização de pesquisas consistentes, uma melhora de sobrevida desses pacientes.

À exemplo, de acordo com os resultados de estudos realizados por “The Prospective, Observational, Multicenter, Major Trauma Transfusion (PROMMTT) Study Group”, aprovado por US Army Human Research Protections Office, a mortalidade hospitalar, no total de 1245 vítimas de trauma que receberam pelo menos uma unidade de hemácia em até 6 horas da admissão foi de 21%, enquanto pacientes com maior ou igual a 3 unidades transfundidas tiveram mortalidade hospitalar de 25%. Outros achados foram que os pacientes que receberam infusão precoce também de plasma e plaquetas nas primeiras 6 horas de internação tiveram maiores taxas de sobrevida. Outrossim, Nascimento (2007) já pregava que a idéia de abordar o desenvolvimento da coagulopatia nos sangramentos dos traumatizados, experiência com soldados americanos vitimados nos campos de batalha, apontava para um novo direcionamento na forma de transfundir. Cerca de 13% das transfusões em soldados americanos no Iraque, por exemplo, constituiu-se do uso de sangue total. E por fim, a metanálise realizada Cannon (B.,2017), também enfatiza que proporções semelhantes dos componentes do sangue é a melhor abordagem terapêutica para pacientes em CH.

CONCLUSÕES

O choque hemorrágico é uma das principais causas de morte e invalidez no mundo. O manejo deste é complexo e, apesar de todo avanço e mudanças que ocorreram na abordagem terapêutica nos últimos anos, as taxas de mortalidade ainda permanecem altas. Sendo assim, a mudança terapêutica, de maior relevância no papel da hemotransfusão no tratamento do choque hemorrágico, que evidenciou uma diminuição da mortalidade desses pacientes foi a equivalência da proporcionalidade entre os hemocomponentes administrados. Dessa forma a utilização de 1:1:1 (hemácias-plasma-plaquetas), na transfusão sanguínea, consagrou uma melhora na mortalidade e sobrevida desses pacientes em comparação aos que eram tratados pelo protocolo anterior, que visava uma proporcionalidade de 3:1 (hemácias-plasma-plaquetas/volume perdido). Logo, a terapêutica preconizada hodiernamente é a administração equivalente de fluidos.

A partir desse estudo, considera-se que embora a terapêutica ideal de abordagem do choque hemorrágico não esteja plenamente acordada, a rapidez no controle da hemorragia, a restauração do volume intravascular, utilizando-se resgate perfusional é imprescindível. Além disso, o uso de protocolos terapêuticos bem definidos, e com

objetivos quanto ao tipo de fluido e volume necessário, são os pilares para limitar as mortalidades e depuração do estado de choque.

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS COMMITTEE ON TRAUMA. **ATLS Student Manual 8th edition**. Chicago, IL: American college of surgeons, 2009.

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS COMMITTEE ON TRAUMA. **ATLS Student Manual 9th edition**. Chicago, IL: American college of surgeons, 2012.

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS COMMITTEE ON TRAUMA. **ATLS Student Manual 10th edition**. Chicago, IL: American College of surgeons 2017.

BRANDÃO, P. F. et al. **Choque hemorrágico e trauma: breve revisão e recomendações para manejo do sangramento e da coagulopatia**. Belo Horizonte, MG Revista Médica de Minas Gerais, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para o uso de Hemocomponentes**. Brasília, DF: 2015.

CANNON, J. W. **Hemorrhagic Shock**. Waltham, Massachusetts : The New England Journal of Medicine, 2018.

CANNON, J. W. et al. **Damage control resuscitation in patients with severe traumatic hemorrhage: A practice management guideline from the Eastern Association for the Surgery of Trauma**. Philadelphia, Pennsylvania: journal of Trauma and Acute Care surgery, 2017.

FAGGIONI, L. P. C. et al. **Transfusão maciça: Uma abordagem didática para graduandos**. Ribeirão Preto, Sp: Revista Medicina Ribeirão Preto, out-dez 1999.

FELICE, C. D. et al. **Choque: diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre, RS: Revista da AMRGS, abr-jun 2011.

HOLCOMB, J. B. et al. **The Prospective, Observational, Multicenter, Major Trauma Transfusion (PROMTT) Study**. [S. l.]: Journal American Medical Association, 2013.

HOLCOMB, J. B. et al. **Transfusion of Plasma, Platelets, and Red Blood Cells in a 1:1:1 vs a 1:1:2 Ratio and Mortality in Patients With Severe Trauma The PROPPR Randomized Clinical Trial**. [S.l.]: Journal American Medical Association, 2015

JÚNIOR, B. N. et al. **Coagulopatia no trauma**. Ribeirão Preto, SP: Revista Medicina Ribeirão Preto, out-dez 2007.

JÚNIOR, J. O. A. et al. **Reposição volêmica nos Estados de Choque Hemorrágico e Séptico**. Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Anestesiologia, mar-abril 1999.

JÚNIOR, P. B. et al. **Manual de transfusão sanguínea para Médicos**. Botucatu, SP: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, 2017.

NETO, J. O. B. et al. **Ressuscitação Hemostática no Choque Hemorrágico traumático: Relato de Caso**. Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Anestesiologia, 2013.

SAKABE, D. et al. **Reposição volêmica em pacientes politraumatizados**. Sorocaba, SP: Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, 2004.

SOCIEDADE BENEFICIENTE DE SENHORAS HOSPITAL SIRIO LIBANÊS. **Guia de Condutas Hemoterápicas**. São Paulo, 2010.

VOO 3115, URGÊNCIA A BORDO: relato de experiência

Anna Alice de Paula Marinho¹; Marcos Leandro Pereira²

¹Acadêmica do 8º período do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM

² Médico, Mestre em Neurociências, Docente e Preceptor do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM

RESUMO: Alunos recém-ingressos no ensino superior são sempre incentivados a buscarem atividades extracurriculares, principalmente no curso de Medicina, o qual, em momento de seleção para residências médicas, recebem pontuações por cada atividade realizada por aquele aluno enquanto universitário. Este relato de experiência traz o caso de como uma atividade extra através de uma liga acadêmica foi crucial em um momento de urgência vivenciado em uma atividade de lazer, fora das paredes da universidade.

PALAVRAS-CHAVE: Atendimento de emergência. Primeiros socorros. RCP.

INTRODUÇÃO

Em decorrência da transição demográfica e epidemiológica, tem-se observado o aumento de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), principalmente cardiovasculares e neurodegenerativas, com a idade avançada e maior mobilidade, inclusive em trânsitos aéreos, sendo possível identificar o aumento de registros de emergências médicas durante o voo (PINE, 2016).

Não existe um protocolo universal para tratamento de emergências médicas durante o voo, mas existem considerações pontuais, principalmente acerca das principais queixas durante o voo (IATA, 2016; SILVERMAN; GENDREAU, 2008).

O atendimento emergencial é um dos cenários mais ilustrativos da tarefa de um médico em ação. O pronto atendimento e a tentativa de ressuscitação de um paciente permeia a mente de todos aqueles que estudam e vivem na área médica. Este cenário pode chegar mesmo antes da formatura e até antes da aquisição de habilidades e competência em urgência e emergência.

OBJETIVO

Este relato objetiva compartilhar a experiência de um atendimento emergencial no cenário de voo internacional, assim como o papel do profissional nas ações de urgência e emergência aérea.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Miami, Flórida (EUA), 29 de maio de 2018. Voo 3115, Miami (EUA)-São Paulo (BRA), saída às 9:00. Passados cerca de 20 minutos da decolagem os comissários de bordo solicitaram a presença de um médico naquela aeronave. O aviso se repetiu por 3 vezes, foi quando me apresentei a uma comissária me identificando como acadêmica de medicina e me colocando à disposição, juntamente se apresentaram uma alergista e um urologista. Ao fundo da aeronave se encontrava a vítima, mulher, 74 anos, branca, em posição de decúbito dorsal, sem consciência, arresponsiva, sem pulsos. Iniciaram-se as manobras de ressuscitação cardiopulmonar, o desfibrilador externo automático (DEA) já estava posicionado, e as orientações já estavam sendo obedecidas pela equipe. Nos revezamos nas manobras de RCP e no dispositivo bolsa-válvula-máscara (AMBU), sempre checando batimentos com o estetoscópio. A vítima apresentava reflexos de mandíbula, porém sem retorno de batimentos ou pulsação. O DEA alertava sobre o choque aconselhado, avisava para afastar, contudo, ao fim, informava “choque não dado”. Acreditávamos no momento que o ritmo cardíaco da paciente não era chocável e seguíamos com as manobras de RCP. Enquanto o piloto procedia com o retorno da aeronave ao aeroporto de origem, as informações que chegavam era que a vítima tinha nacionalidade brasileira, porém vivia nos EUA e estava viajando sozinha. Como diagnóstico diferencial, pensamos em hipoglicemia, mas junto aos pertences da vítima foram encontrados anti-hipertensivos, o que nos fez pensar em IAM, uma vez que a mesma apresentou reflexo de esfíncter anal. Até o pouso se passaram cerca de 40 minutos. No momento em que as portas do avião se abriram, já havia uma equipe de socorro do próprio aeroporto que realizou um ECG na paciente e, por fim, constatou o óbito. Desde então, a polícia local foi acionada e todos que tiveram contato com a paciente foram interrogados.

DISCUSSÃO

Segundo Aguiar et al. (2011), a importância do conhecimento em urgência e emergência é inquestionável, uma vez que a grande demanda e a potencial gravidade de seus casos podem ocorrer rotineiramente. Todavia, a formação acadêmica nessa área cumpre seus

objetivos principais parcialmente, porque o treinamento se restringe a tempo insuficiente e, na maioria das vezes, na falta de responsabilização do graduando no treinamento em serviço.

Para Fraga et al. (2014), é essencial a reestruturação no ensino de urgência e emergência traumática e não traumática na graduação médica em todas as academias do País. As programações devem ser realizadas de forma colaborativa e significativa entre as diferentes áreas do conhecimento, com complexidade crescente, desenvolvendo habilidades e competências utilizando de simulações que utilizem ambientes e materiais propícios para a capacitação prévia na assistência ao paciente em cenários pré-hospitalar e hospitalar.

Acerca da parada cardiorrespiratória a AHA (2010) descreve que o suporte básico de vida consiste primariamente do seu reconhecimento da PCR e de intervenção imediata, com o início das manobras de ressuscitação cardiopulmonar, cujo objetivo é de manter bom padrão de respiração e circulação, por meio da abertura das vias aéreas, ventilação efetiva com compressões torácicas eficientes e desfibrilação precoce para os casos de FV ou TV sem pulso. O êxito desse procedimento depende da habilidade e rapidez com que as manobras são aplicadas. Todos esses procedimentos foram realizados na prestação de assistência à vítima do voo 3111, entretanto, sem resposta. O que chama a atenção é o modo de resposta do DEA, que sempre informava “choque não dado”.

O DEA apresenta uma especificidade de 98 % a 100% na identificação das taquicardia ventricular e fibrilação ventricular, ritmos chocáveis. E especificidade de 100% na identificação de assistolia e outros ritmos não chocáveis. Como a sensibilidade do DEA capta atividade elétrica entre 0,01-0,15mV, pode acontecer falha na indicação do choque caso exista uma fibrilação ventricular muito fina (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2010; CHAN, 2007).

CONCLUSÕES

Conclui-se, portanto, que as ocasiões de urgência e emergência não escolhem nem local e nem hora para ocorrerem, muito menos avisam com antecedência que vão acontecer. Contudo, é necessário a aquisição de habilidades e competências para os primeiros cuidados ao paciente crítico, que são, por sua vez, adquiridos durante a graduação em Medicina. Além disso, tanto o acadêmico, quanto o profissional deve estar preparado para ocorrências adversas e, de que forma, com os recursos que se tem naquele momento, pode-se prestar um atendimento efetivo. Cabe ainda salientar que o ato médico deve ser

realizado com segurança, esbarrando no princípio da não-maleficência. Por fim, é de fundamental importância que os equipamentos utilizados na prestação da assistência de urgência e emergência sejam verificados sempre antes no início do processo de trabalho, para que não pegue a equipe de surpresa e esteja adequado ao uso.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, H. D. G. et al. The teaching of emergency medicine in Brazil. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 21, n. 4, 2011.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Aspectos mais Relevantes das Diretrizes da American Heart Association sobre Ressuscitação Cardiopulmonar e Atendimento Cardiovascular e Emergência. **Currents in Emergency Cardiovascular Care**, n. 4 v. 16, 2010.

CASTILLO, V. D. P.; MEDEIROS, C. M. Inflight medical emergencies: a literature review. **Saúde, Ética & Justiça**. v. 21, n. 1, pp. 18-27, 2016.

CHAN, W. M. Towards a better outcome of cardiopulmonary resuscitation. **Hong Kong Medicine Journal**, v. 13, n. 4, 2007.

FRAGA, G. P. A situação do ensino de urgência e emergência nos cursos de graduação de medicina no Brasil e as recomendações para a matriz curricular. **10 anos das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**, cap. 3, pp. 41-56, 2014.

INTERNATIONAL AIR TRANSPORT ASSOCIATION (IATA). **Medical manual** - april 2016. 8. ed. Montreal: 2016. Disponível em: <<http://www.iata.org/publications/Documents/medical-manual.pdf>>. Acesso em 02 out. 2018.

PINE, J. R. **Management of inflight medical emergencies on commercial airlines**. UpToDate, 2015. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/management-of-inflight-medical-emergencies-on-commercial-airlines?source=search_result&search=inflight+medical+emergencies&selectedTitle=1~8>. Acesso em: 02 out., 2018.

SILVERMAN, D.; GENDREAU, M. Medical issues associated with commercial flights. **Lancet**, v. 373, n. 9680, pp. 2067-2077, 2008.

