



ANAIS 2017.2

ISBN: 978-85-93361-15-9



**I CONGRESSO DOS
ESTUDANTES DE
MEDICINA
DO UNIFESO**

Copyright© 2018

Direitos adquiridos para esta edição pela Editora UNIFESO

Coordenação Editorial

João Cardoso de Castro

Formatação

Jessica Motta da Graça

Capa

Flávio Carrasco Rizkalla dos Santos

Revisão

Mariana Arcuri

F977 Fundação Educacional Serra dos Órgãos.
Centro Universitário Serra dos Órgãos.

I Congresso de Estudantes de Medicina do Unifeso – I CEMED Anais./
Fundação Educacional Serra dos Órgãos. --- Teresópolis: UNIFESO , 2017.
54f.

1-Fundação Educacional Serra dos Órgãos. 2- Centro Universitário Serra dos
Órgãos. 3- Anais. 4- Medicina. 5. Coleção FESO. I. Título.

CDD 378.8153

EDITORA UNIFESO

Avenida Alberto Torres, nº 111

Alto - Teresópolis - RJ - CEP: 25.964-004

Telefone: (21) 2641-7184

E-mail: editora@unifeso.edu.br

Endereço Eletrônico: www.unifeso.edu.br/editora

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS – FESO

CONSELHO DIRETOR

Antônio Luiz da Silva Laginestra
Presidente

Jorge de Oliveira Spinelli
Vice-Presidente

Luiz Fernando da Silva
Secretário

Jorge Farah
Kival Simão Arbex
Paulo Cezar Wiertz Cordeiro
Wilson José Fernando Vianna Pedrosa
Vogais

Luis Eduardo Possidente Tostes
Diretor Geral

CENTRO UNIVERSITÁRIO SERRA DOS ÓRGÃOS – UNIFESO

Antônio Luiz da Silva Laginestra
Chanceler

Verônica Santos Albuquerque
Reitora

José Feres Abido de Miranda
Pró-Reitor Acadêmico

Elaine Maria de Andrade Senra
Diretora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão

Edenise da Silva Antas
Diretora de Educação a Distância

Ana Maria Gomes de Almeida
Diretora do Centro de Ciências Humanas e Sociais

Mariana Beatriz Arcuri
Diretora do Centro de Ciências da Saúde

Vivian Telles Paim
Diretora do Centro de Ciências e Tecnologia

Michele Mendes Hiath Silva
Diretoria de Planejamento

Solange Soares Diaz Horta
Diretoria Administrativa

Rosane Rodrigues Costa
Diretoria Geral do Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano

Carla Regina Machado Neto
Diretoria do Centro Educacional Serra dos Órgãos

Coleção FESO

A **Coleção Feso**, desde 2004, tem sido o principal meio de difusão da produção acadêmica do Centro Universitário Serra dos Órgãos - UNIFESO, realizada a partir das atividades de ensino, pesquisa e extensão dos seus cursos de graduação e pós-graduação, assim como das suas unidades assistenciais e administrativas. É uma das mais importantes contribuições da Instituição para a sociedade, uma vez que a sua divulgação pode afetar a recondução de políticas e programas na esfera pública e privada, de forma a fomentar o desenvolvimento social da cidade e região.

Todas as publicações são submetidas à política de propriedade intelectual da Instituição e estão organizadas em Séries, com o objetivo de abranger a diversidade da produção acadêmica institucionalizada. A **Série Teses** contempla as pesquisas defendidas para obtenção do grau de Doutor em programas devidamente autorizados ou credenciados pela CAPES, publicadas em formato de livro. Da mesma forma, a **Série Dissertações** abarca as pesquisas defendidas para obtenção do grau de Mestre. Para a publicação de trabalhos de Iniciação Científica, inovação e produção de conhecimento científico e tecnológico tem-se a **Série Pesquisas**.

Contemplando artigos científicos, resenhas e resumos expandidos/textos completos, estas produções são divulgadas em formato de livros (coletâneas), periódicos ou anais, enquanto textos acadêmicos oriundos de processo de certificação de docentes como pós-doutores são publicados em séries especiais. As produções técnicas advindas de trabalhos de docentes, discentes e funcionários técnico-administrativos sobre uma área específica do conhecimento são publicadas na **Série Produções Técnicas**, que contempla produtos ou serviços tecnológicos (com ou sem registro de proteção intelectual); processos ou técnicas aplicadas; cartas e mapas geográficos e trabalhos técnicos. As formas de divulgação destas produções podem ser em meios impressos ou digitais, no formato de cartilhas, POPs (Procedimento Operacional Padrão), relatórios técnicos ou científicos e catálogos. Acompanhando o mesmo formato, a **Série Materiais Didáticos** reúne os trabalhos produzidos pelos docentes e discentes com vinculação aos componentes curriculares previstos nos projetos pedagógicos dos cursos ofertados no UNIFESO.

A **Série Arte e Cultura** abarca as produções artístico-culturais realizadas por docentes, técnicos-administrativos, estudantes, instrutores de cursos livres e artistas locais, assim como as produções desenvolvidas junto aos eventos do Centro Cultural FESO Pró-Arte (CCFP), podendo ser constituída de livros, partituras, roteiros de peças teatrais e filmes, catálogos etc. A **Série Documentos** congrega a produção de documentos institucionais da FESO e do UNIFESO.

Finalmente, cabe dizer que a Coleção FESO organiza a produção acadêmica do UNIFESO garantindo sua difusão e visibilidade. A parceria com a Editora Pontocom possibilitou dar mais um salto qualitativo no sentido de garantir acesso gratuito a esta produção em meio eletrônico (e-book). Com isso, o UNIFESO reitera a sua missão de promover a educação, a cultura, a ciência, a tecnologia e a inovação constituindo-se num polo desenvolvimento regional de modo a contribuir para a construção de uma sociedade justa, solidária e ética.

Boa leitura!

Prof^a. Elaine Maria de Andrade Senra

Diretora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão – UNIFESO

I CONGRESSO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA DO UNIFESO

O I Congresso dos Estudantes de Medicina do UNIFESO é um evento promovido por discentes do curso de graduação em Medicina do UNIFESO em parceria com o Centro de Ciências da Saúde (CCS) e a Diretoria de Pós Graduação, Pesquisa e Extensão (DPPE). Tem por finalidades: (I) Proporcionar e incentivar a troca de conhecimentos técnico-científicos através de palestras, workshops, mesa redonda, raciocínios clínicos; (II) Proporcionar aos participantes do I CEMED a oportunidade de desenvolver e apresentar trabalhos científicos de pesquisa e extensão voltados para as Urgências e Emergências Médicas; (III) Incentivar os discentes na busca por docentes do UNIFESO para a construção de trabalhos científicos de pesquisa e extensão; (IV) Oferecer a oportunidade a estudantes do ensino fundamental público do município de Teresópolis para ter um contato com o UNIFESO e o seu curso de graduação em Medicina e assim sedimentar a ideia de vínculo entre o UNIFESO e a sociedade.

Organização e Diretoria:

- **Docente Coordenador:** Mario Castro Alvarez Perez

- **Diretor Presidente:** Gabriel Henrique Hobold; **Diretora Vice-Presidente:** Marcelle Salgado da Silva Bonomo; **Diretora Financeira:** Blenda Beatriz Klayn Guimarães Tallon; **Diretora 1ª Secretária:** Maria Clarice Akil Gonçalves; **Diretor 2º Secretário:** Yago Costa Andrade; **Diretora de Comunicação:** Linda Hanna Abboud Quintão; **Diretoras de Extensão:** Palloma Marquet Escamilha e Isabelle Gamberoni Assumpção; **Diretor e Diretora Científicos:** Lucas Correa da Rocha e Giuliane Sarmet Moreira Damas dos Santos Portilho de Castro; **Diretoras Audiovisuais:** Ana Gabriela de Almeida Kopke e Maiza Rodrigue Cortat.

Comissão Científica:

Alba Barros Souza Fernandes, Alexandre Vicente Suarez, André Vianna Martins, Valter L. C. Gonçalves, Manoel Antonio Gonçalves Pombo, Mariana Beatriz Arcuri, Selma Vaz Vidal, Verônica Santos Albuquerque e Walney Ramos de Sousa.

Revisão dos Textos: Mariana Beatriz Arcuri

SUMÁRIO

A IMPORTÂNCIA DA VISITA DOMICILIAR NA SAÚDE DO IDOSO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA..... 8

REBECA CRISTINA DA SILVA MENDONÇA, AMANDA RUBIM COSTA, LAURA VARGAS
ROSESTOLATO HOFFMANN, MARIA CAROLINA BARBOSA MENDONÇA, THIAGO DA
ROSA GRANITO RENATA MENDES BARBOZA

A TÉCNICA DE CLAMSHELL COM ALONGAMENTO ÓSSEO COMO ALTERNATIVA DE TRATAMENTO DA PSEUDOARTROSE E DE CONSOLIDAÇÕES VICIOSAS..... 11

MARIANA GROPPA, RAFAEL VINICIUS LONDERO QUINTINO DOS SANTOS, LUCCA
ERTMAN BINI CORDEIRO , DR. RODRIGO SILVA BRITTO

A VACINA TETRAVALENTE QUIMÉRICA É EFICAZ CONTRA A DENGUE? 16

CÍNTIA SULAMITA GOMES DA SILVA, CAROLINA FURTADO CAMPOS, JHOSANDA
BRICEÑO VITOI, LILLIAN CÚRCIO LOURENÇO, YAGO COSTA ANDRADE, FRANCISCO
TAVARES GUIMARÃES

ALEITAMENTO MATERNO: SEU PAPEL NA PREVENÇÃO DE ASMA E ALERGIAS RESPIRATÓRIAS 20

ALINE LEVY SITNOVETER, BRENO LOPES NOGUEIRA, CAROLINA FURTADO CAMPOS,
ANDREIA DE SANTANA S. MOREIRA

ANÁLISE DO USO DE AGROTÓXICOS PELOS MORADORES DE VENDA NOVA, NO MUNICÍPIO DE TERESÓPOLIS-RJ, ASSOCIADO AO USO DEMASIADO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS..... 24

MARIANI CORREA MENDES, LAÍS MOURA MARQUES, LUCAS CORREA, GABRIELA
CORDEIRO MACIEL, TACIANA MARIA SORIANO, FERNANDA BOSSEMAYER CENTURIÃO

ATUAÇÃO DO INTERNATO MÉDICO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA..... 30

POLIANA TRABUCO DE OLIVEIRA, VINICIUS SILVA SANTANA, MARIANA BEATRIZ
ARCURI

CONTROLE DA SÍFILIS EM GESTANTES E SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE TERESÓPOLIS – RJ: UM DESAFIO NA SAÚDE PÚBLICA. 33

SARAH COLOMBI CUQUETTO, LARISSA RODRIGUES RAMOS, NATHALIA CORRÊA
CARDOSO DE OLIVEIRA, JOSEANE SANTOS ALECRIM, PAULA BITTENCOURT
VASCONCELLOS, MARGARETE DOMINGUES RIBEIRO

DOR CRÔNICA COMO COMPLICAÇÃO DO PÓS-OPERATÓRIO: O QUE O MÉDICO PRECISA SABER? 37

SÂMELA DUARTE LIMA BOMFIM, VICTORIA GABARRON CASTELLO BRANCO,
MANUELA DE PAULA, MARIA CLARICE AKIL, LUIS CLAUDIO MOTTA

EPIDEMIOLOGIA DE SUICÍDIO NA REGIÃO SERRANA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	40
LAIS MISKULIN PREARO, FLÁVIO MORGADO	
MENINGITE BACTERIANA AGUDA NA INFÂNCIA – UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	45
LUIZA MAGALHÃES ZAMITH, MARIANGELA RAMOS NUNES, HUGO ANDRADE OLIVEIRA, NATHALIA CORRÊA CARDOSO DE OLIVEIRA, RAÍSSA DE OLIVEIRA AMORIM, FRANCISCO TAVARES GUIMARÃES	
O ZIKA VÍRUS CAUSA MICROCEFALIA?	50
MANUELA MACHADO DE LIMA, RAFAEL SILVA LEAL, LUÍZA TORRES TRONCOSO E LORENA PONTES, ORIENTADOR: PROF. DR. BRUNO ROSA	
TRANSPLANTE RENAL E UMA NOVA ABORDAGEM: DIABETES MELLITUS PÓS TRANSPLANTE RENAL	55
LETÍCIA HELENA JARDIM JUNTA, GIULIANE SARMET MOREIRA DAMAS DOS SANTOS PORTILHO DE CASTRO, JOSEANE SANTOS ALECRIM, GETÚLIO MENEGAT	
TRANSPOSIÇÃO DAS GRANDES ARTÉRIAS (TGA): UM DESAFIO DIAGNÓSTICO	59
REBECA CRISTINA DA SILVA MENDONÇA, THIAGO DA ROSA GRANITO, AMANDA RUBIM COSTA, LAURA VARGAS ROSESTOLATO HOFFMANN, MARIA CAROLINA BARBOSA MENDONÇA GLEYSCE PADRÃO (ORIENTADOR E COORDENADOR)	
VISITA À UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM GRANJA FLORESTAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	64
REBECA CRISTINA DA SILVA MENDONÇA, AMANDA RUBIM COSTA, LAURA VARGAS ROSESTOLATO HOFFMANN, MARIA CAROLINA BARBOSA MENDONÇA, THIAGO DA ROSA GRANITO RODRIGO DA COSTA COUTO (ORIENTADOR E COORDENADOR)	

A IMPORTÂNCIA DA VISITA DOMICILIAR NA SAÚDE DO IDOSO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rebeca Cristina da Silva Mendonça, Amanda Rubim Costa, Laura Vargas Rosestolato Hoffmann, Maria Carolina Barbosa Mendonça, Thiago da Rosa Granito Renata Mendes Barboza

INTRODUÇÃO

Este relato de experiência tem por objetivo refletir sobre as experiências vividas pelos alunos do 4º período do curso de medicina no estágio realizado na Unidade de Saúde Madre Teresa de Calcutá, localizada na Ilha no Governador.

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2012)

RELATO DE CASO/NARRATIVA DE PRÁTICA

Durante o estágio realizamos diversas visitas domiciliares acompanhados dos agentes comunitários de saúde e residentes dos cursos de enfermagem e psicologia, o que nos possibilitou observar as necessidades apresentadas pela população, nos levando a reflexão sobre as diferentes realidades vividas.

Dentre estas, em especial, a consulta da paciente VLM, 78 anos, diabética, pós-operatório de amputação de hálux esquerdo devido complicações da doença de base, reside sozinha, porem afirma receber visita do filho com frequência. Durante sua visita, pudemos observar a dificuldade de acesso da sua moradia, visto que se localizava em uma rampa íngreme, o que dificultava sua ida ao posto de saúde para realizar o curativo do pós-operatório. Durante o exame físico pudemos observar a presença de infecção no local da ferida cirúrgica, visto que a mesma realizada a troca do próprio curativo de maneira inadequada, avaliamos também a possível necessidade do início da administração de antibiótico, levando as informações colhidas para a medica responsável do posto de

saúde. Realizamos então, a troca do curativo sob supervisão da residente de enfermagem e orientações quanto a realização do mesmo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta oportunidade permitiu reconhecer e identificar as necessidades das famílias que foram visitadas, em especial de idosos que residem sozinhos, observávamos as necessidades de cada membro da residência, garantindo a sua integralidade, além de nos levar a criar estratégias de intervenção ajustadas a realidade para o desenvolvimento de ações em saúde. Geralmente, realizávamos orientações sobre assuntos diversificados, buscando promover um viver mais saudável para aquele que estava recebendo o cuidado, dentro do contexto em que esse se encontrava.

Após a experiência de realização de visitas domiciliares, pôde-se considerar que, é de extrema importância a inserção dos profissionais de saúde no contexto familiar, principalmente de idosos que residem sozinhos e necessitam de cuidados em saúde, pois por meio dessas o cuidado prestado se torna efetivo, por estar de acordo com a realidade vivenciada

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Serie E. Legislação em Saúde)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010. 44 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Serie Pactos pela Saúde 2006, v. 12)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,

Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

A TÉCNICA DE CLAMSHELL COM ALONGAMENTO ÓSSEO COMO ALTERNATIVA DE TRATAMENTO DA PSEUDOARTROSE E DE CONSOLIDAÇÕES VICIOSAS

Mariana Groppo¹, Rafael Vinicius Londero Quintino dos Santos¹, Lucca Ertman Bini Cordeiro¹, Dr. Rodrigo Silva Britto^{1,2}

INTRODUÇÃO

A Pseudoartrose pode ser definida como ausência ou deficiência na consolidação de uma fratura, ou ainda quando o paciente apresenta sinais clínicos e radiológicos de que a lesão não irá consolidar. A etiologia depende das características biológicas do paciente, como vascularização e comorbidades prévias, e mecânicas, caracterizadas por fatores que interferem na estabilidade da fratura. A prevalência dessa patologia é de aproximadamente 5% e pode aumentar de acordo com a quantidade de energia envolvida no trauma. A Pseudoartrose pode ser classificada de acordo com a viabilidade das margens ósseas, observando a conformação do calo ósseo e as linhas de fratura, podendo ser dos tipos: hipertróficas, normotróficas e atróficas. O tratamento é realizado mecanicamente por meio de fixadores externos que permitem a correção de deformidades com alongamentos e encurtamentos.

A consolidação viciosa é outro defeito na consolidação óssea que além causar alta morbidade ao paciente, onera muito o sistema de saúde e previdência. Falhas no tratamento como erro na redução da fratura, indicação inapropriada do método de fixação pode gerar essa patologia. A abordagem cirúrgica utilizada como proposta de tratamento nessa revisão foi da Técnica de Clamshell em conjunto com o alongamento ósseo.

A Técnica de Clamshell é uma osteotomia em concha realizada para a correção de fraturas angulares e rotacionadas localizadas nas diáfises femoral ou tibial, em que uma haste intramedular atua como molde de eixo anatômico para realinhar o osso e reduzir a fratura.

Essa revisão bibliográfica visa avaliar a epidemiologia, patologia, diagnóstico e tratamento das consolidações viciosas e verificar se a Técnica de Clamshell em conjunto com o alongamento ósseo como pode ser uma proposta inovadora e eficaz que permite um menor tempo de tratamento e reabilitação do paciente no tratamento de uma consolidação viciosa.

METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma Revisão bibliográfica, onde foram analisados artigos, retirados das bases de dados Lilacs, Cochrane, New English Journal e Uptodate, além de 03 livros de referência nos assuntos Pseudoartrose e Técnica de Clamshell. Foram priorizadas referências de literatura publicadas nos últimos quinze anos. Além disso, os artigos escolhidos foram publicados nos idiomas: inglês e português.

RESULTADO

A definição de Pseudoartrose baseia-se na ausência ou deficiência de consolidação da fratura, dentro do período esperado para a recuperação do paciente, levando-se em conta a sua idade. Tal diagnóstico já pode ser considerado após 8 meses da fratura, quando o paciente apresentar movimento local da fratura, associado ou não à dor, juntamente com os sinais radiológicos clássicos. As principais etiologias são: deficiência na vascularização e instabilidade mecânica. Dependendo da energia envolvida no trauma e da manipulação cirúrgica da fratura, a vascularização do local pode ser prejudicada, o que acaba retardando a consolidação, ou até mesmo não consolidando, gerando as pseudoartroses atróficas. Também são possíveis fatores etiológicos: Diabetes Mellitus, hábitos alimentares inapropriados e o tabagismo, o qual está se tornando aparente nos últimos anos. A Pseudoartrose pode ser classificada em: hipertrófica, normotrófica e atrófica. A causa da pseudoartrose hipertrófica é a instabilidade mecânica, gerada por uma tensão maior do que a aquela tolerada pelo tecido de granulação e pelo calo de fratura. O paciente pode apresentar algum grau de deformidade, mas a queixa principal é dor constante com carga. Na radiografia encontra-se o sinal da pata de elefante. A pseudoartrose normotrófica é aquela que possui sinais de formação de calo ósseo, mas ainda preserva o traço da fratura. Na pseudoartrose atrófica é caracterizada pela atrofia dos fragmentos, por conta de uma transmissão de força ausente, gerando reabsorção óssea e ausência de calo, mesmo como a vascularização presente. Além da pseudoartrose, a consolidação viciosa também pode ser abordada com a técnica de Clamshell para que a anatomia do segmento afetado seja reestabelecida.

A técnica de Clamshell é efetiva para o tratamento das consolidações viciosas e as pseudoartroses com perda óssea extensa, que se desenvolvem a partir da

desvascularização de alguns fragmentos, os quais se unem a elementos ósseos viáveis. Esta técnica é realizada através de uma osteotomia em concha e inserção de uma haste intramedular para alinhamento, acompanhada de transporte ósseo via Ilizarov ou fixadores externos monoplanares.

DISCUSSÃO

As fraturas são lesões ósseas agudas decorrentes da aplicação de forças que excedem a resistência dos tecidos levando a sua ruptura. Esse processo de trauma agudo desencadeia uma resposta sequencial onde ocorrem inflamação, reparo e remodelagem objetivando a restauração do tecido ósseo ao seu estado original. A vascularização do local fraturado exerce um papel de grande importância pois acabam transportando células tronco mesenquimais que darão origem aos osteoblastos que irão compor o tecido ósseo neoformado, e ainda carrega os osteoclastos, célula derivada dos monócitos responsável pela reabsorção do tecido ósseo.

A neovascularização com a presença dos periócitos contribui com células tronco que irão auxiliar no processo de reparo local. Ao final do processo objetiva-se a restauração da anatomia do osso fraturado, porém de acordo com a distorção da anatomia provocada e a terapêutica insatisfatória ou ausente podem ocorrer deformidades pela consolidação viciosa, que se caracteriza por uma consolidação em posição não anatômica, gerando comprometimento funcional por alteração de comprimento, desvio de eixo que resultam e comprometimento estético na maioria dos casos, ou também o surgimento de pseudoartroses, que é o surgimento de tecido articular formado devido a uma imobilização ineficaz. A ausência de consolidação da fratura é uma condição incapacitante que têm um grande impacto negativo na qualidade de vida do paciente, nesses casos, a indicação cirúrgica é absoluta o objetivo do tratamento é eliminar a dor, consolidar a fratura de forma alinhada, com os ângulos de rotação corretos, restaurando a função dos membros.

A técnica de Clamsheel aplicada em conjunto com alongamento ósseo visa diminuir o tempo de tratamento e solucionar os defeitos de consolidação. O uso de haste intramedular bloqueada associada ao fixador externo permite que após a fase de alongamento o fixador externo seja retirado. O período de consolidação, que é no mínimo, duas vezes mais longo do que o de alongamento, pode ser completado com o uso somente

da haste intramedular bloqueada. O benefício dessa técnica permite mobilidade precoce articular e proteção do regenerado ósseo além de melhor controle na velocidade do alongamento ósseo.

CONCLUSÕES

A técnica de Clamshell associa o reestabelecimento da anatomia do segmento afetado com a utilização de uma haste intramedular que serve de tutor para o alongamento ósseo e permite, também, a utilização de carga mais precoce, juntamente com um método de alongamento ósseo por fixador externo monoplanar proporcionando ao paciente uma recuperação mais rápida, uma vez que não necessita mais aguardar a consolidação da fratura para depois iniciar o alongamento, proporcionando assim, um tempo menor de tratamento e melhor controle na velocidade do alongamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Addisson, J; et al. TKA After Clamshell Osteotomy for Femoral Diaphyseal Malunion. The new online home of Orthopedics, June 2012, Volume 35, Número 6.
- Canale, S; Beaty, B; Azar, F. Cirurgia Ortopédica de Campbell. 12.ed. São Paulo: Mandel, 2016.
- Derek, D. Failure of Internal Fixation of a Humerus Fracture. Journal Orthop Trauma Volume 24, Number 7, July 2010.
- DeLee JC, Drez D Jr. DeLee & Drez's Orthopaedic Sports Medicine: Principles and Practice, 3rd, WBSaunders, Philadelphia 2010.
- Eiff PM, Hatch RL. Fracture Management for Primary Care, 3rd, WB Saunders, Philadelphia 2011.
- James B. Stiehl, MD. Extended Osteotomy for Periprosthetic Femoral Fractures in Total Hip Arthroplasty. The American Journal of Orthopedics, janeiro 2006.
- Kenneth J. Zouhary, DDS. Bone Graft Harvesting From Distant Sites: Concepts and Techniques. Oral Maxillofacial Surg Clin N Am 22 (2010) 301–316.
- Lesiak, A; Vossler, T. Osteotomy, Arthrodesis, and Arthroplasty for Complex Multiapical Deformity of the Leg. HSSJ (2012) 8:304–308.

Rockwood, C A; Green, D P; Bucholz, R W. Fraturas em adultos. 7 ed. São Paulo: Manole 2009.

Russel, V; et al. The Clamshell Osteotomy: A New Technique to Correct Complex Diaphyseal Malunions. J Bone Joint Surg Am. 2010;92 Suppl 1 (Part 2):158-175.

Sabharwal, S; Rozbruch, R. What's New in Limb Lengthening and Deformity Correction. The journal of bone & joint surgery, volume 93-a d number 24 d december 21, 2011.

Santoro, D; Tantavisut, S. Diaphyseal osteotomy after post-traumatic malalignment. Curr Rev Musculoskelet Med (2014) 7:312–322.

Sizínio, H. Ortopedia e Traumatologia: princípios e prática. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

Sung-Jae Kim, MD, Sung-Hwan Kim, MD, Sul-Gee Kim, MD, and Yun-Pei Kung, MD. Comparison of the Clinical Results of Three Posterior Cruciate Ligament Reconstruction Techniques. J Bone Joint Surg Am. 2010;92 Suppl 1 (Part 2):145-157.

Fabricant, P; James, M; Robert, R. Femoral Deformity Planning: Intentional Placement of the Apex of Deformity. Oarthopedics, May 2013, Volume 36, Número 5.

A VACINA TETRAVALENTE QUIMÉRICA É EFICAZ CONTRA A DENGUE?

Cíntia Sulamita Gomes da Silva, Carolina Furtado Campos, Jhosanda Briceño Vitoi, Lillian Cúrcio Lourenço, Yago Costa Andrade, Francisco Tavares Guimarães

INTRODUÇÃO

A dengue é um dos principais males que ainda levam a morte em todo o mundo. Estima-se que 390 milhões de indivíduos que vivem em áreas tropicais e subtropicais sejam infectados anualmente pelo DENV, de forma que cerca de metade do contingente populacional a nível mundial estejam em risco para a infecção, o que torna esse um problema de saúde pública (NEDJADI et al, 2015).

Devido os índices de alta prevalência de dengue o desenvolvimento de vacinas contra essa doença foi identificado como uma ação de extrema importância por diversas organizações como a OMS, o USDHHS, o Departamento de Defesa, a Fundação Bill e Melinda Gates EUA (THOMAS et al, 2015). Inúmeros centros de pesquisa e indústrias farmacêuticas tem se dedicado a elaboração de uma vacina por essa ser vista como a forma mais efetiva de prevenção da dengue (CHIARELLA, 2016).

Justifica-se esse trabalho pela elevada incidência da dengue em todo o mundo, principalmente nos países tropicais e subtropicais, e pelo elevado impacto na redução dos casos que a vacina pode provocar se considerada eficaz. O mesmo teve como objetivo buscar na literatura atual artigos que respondessem se a vacina quimérica da dengue, recentemente aprovada para uso no Brasil, de fato é eficaz.

METODOLOGIA

A busca de artigos foi realizada na língua inglesa na base de dados PubMed, utilizando como descritor “dengue vaccines”. Os resultados foram filtrados, de modo que foram considerados os artigos dos últimos dois anos, que apresentavam texto completo, sendo revisões ou testes clínicos, apresentando como resultado um total de 41 artigos. Deste total, selecionou-se seis artigos para responder a pergunta sobre a eficácia da vacina da Dengue. A base Lilacs também foi consultada com o descritor em português “vacina contra a dengue” nos últimos dois anos. Foi selecionado um artigo. O Guia de vigilância em saúde do Ministério da Saúde de 2014 também foi utilizado.

RESULTADOS

Após diversos anos de intensas pesquisas em centros de análise e nas indústrias farmacêuticas, foi licenciada e registrada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) no Brasil a primeira vacina contra dengue desenvolvida pela empresa francesa Sanofi Pasteur (CHIARELLA, 2016). A dificuldade de elaboração da vacina deve-se em parte a existência de quatro sorotipos DENV antigenicamente distintos. Há aproximadamente 40% de divergência entre as sequências de aminoácidos dos sorotipos (THOMAS et al, 2015).

Sanofi Pasteur desenvolveu uma vacina quimérica YFV/DENV tetravalente (CYD-TDV). A vacina foi baseada na espinha dorsal do YFV, cujas proteínas de membrana (prM) e de envelope (E) foram modificadas para os quatro sorotipos de DENV. Portanto, tem-se uma maquinária de replicação de um YFV internamente e estrutura externa de um sorotipo DENV. Assim, a vacina induz resposta celular e de anticorpo das células TCD4 contra proteínas estruturais do DENV e resposta TCD8 contra proteínas não estruturais do YFV (FLIPSE, 2015).

Atualmente, a vacina quimérica YFV / DENV tetravalente viva atenuada (CYD-TDV) está no estágio ensaio clínico mais avançado (fase III). A fase I e II de estudos da CYD-TDV demonstrou que essa é segura e tolerada, com a confirmação de soroconversão e eficácia virológica (MOI, 2016).

DISCUSSÃO

A eficácia da vacina contra a dengue virológicamente confirmada foi avaliada durante a fase ativa do teste CYD14 e monitoramento CYD15 (25 meses após a primeira dose). A análise por protocolo mostrou que a eficácia da vacina contra a dengue sintomática virológica confirmada em todos os sorotipos foi de 56,5% no CYD14 de teste e 60,8% no ensaio CYD15 (12 meses a partir do mês seguinte a terceira dose). Em ambos estudos, a vacina foi menos eficaz contra sorotipos 1 e 2, do que contra os sorotipos 3 e 4. As estimativas da eficácia da vacina foram comparáveis nestes dois ensaios de fase 3, apesar das diferenças de contexto epidemiológico e idade de vacinação - 2-14 anos para CYD14 e 9-16 anos para CYD15- (NEDJADI et al, 2015).

A eficácia contra a dengue virologicamente confirmada no período de 25 meses após a primeira dose foi de 60,3%, a eficácia da vacina foi menor no grupo de crianças de 2 a 5 anos (teste CYD14 apenas), quando se situou em 33,7%, e atingiu o seu nível mais alto entre os grupos etários mais velhos, 74,4%, no teste CYD14 e 67,6% no julgamento CYD15 entre os participantes de 12-14 anos e 12-16 anos, respectivamente. A vacina foi mais eficaz em indivíduos HIV-positivos, no início do estudo, do que em indivíduos soronegativos, com um rendimento global de 78,2% contra 38,1%. A taxa de conclusão da série de 3 doses na fase 3 de testes foi muito elevada (acima de 90%). Na meta-análise realizada entre a faixa etária para a qual a vacina é indicada (9-16 anos), a eficácia da vacina foi de 70,8% entre as doses 1 e 2, 66,6% entre as doses 2 e 3, e 62,4% nos 6 meses seguintes, a dose de 3 (NEDJADI et al, 2015).

Supondo que a cobertura vacinal para a série de 3 doses é de 80% e que a vacinação é realizada com a idade de 9 anos, todos os modelos têm demonstrado que a implantação de CYD-TDV levaria a uma diminuição global da dengue em áreas onde a transmissão é moderada a alta ($\geq 50\%$ soroprevalência a 9 anos). O impacto mais significativo é esperado em ambientes de alta transmissão ($\geq 70\%$ soroprevalência a 9 anos), onde os modelos prevêem uma diminuição de 10% a 30% dos casos sintomáticos de dengue e hospitalizações por dengue em um período de 30 anos (FERGUSON et al, 2016).

CONCLUSÕES

Conclui-se que a introdução da vacina CYD-TDV em contextos geográficos nos quais há um índice elevado da doença deve ser considerada. Isso porque, segundo os estudos apresentados, a aplicação da vacina em populações-alvo que já sofreram a infecção primária e possuem mais de 9 anos de idade demonstrou eficácia e segurança, além de diminuir os índices de internação hospitalar o que minimiza os gastos do sistema público de saúde e contribui para prevenção e controle da doença. Contudo, mais estudos são necessários para que a CYD-TDV abranja um público maior.

REFERÊNCIAS

- CHIARELLA, Josely Marchi. *Vacina da dengue: um desafio nacional*. São Paulo: Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, 2016.
- FERGUSON, Neil et al. *Benefits and risks of the Sanofi-Pasteur dengue vaccine: Modeling optimal deployment*. New York: Science, 2016.
- FLIPSE, Jacky; SMIT, Jolanda. *The Complexity of a Dengue Vaccine: A Review of the Human Antibody Response*. Groningen: PLOS Neglected Tropical Diseases, 2015.
- MOI, Meng Ling; TAKASAKI, Tomohiko; KURANE, Ichiro. *Human antibody response to dengue virus: implications for dengue vaccine design*. Nagasaki: Tropical Medicine and Health, 2016.
- NEDJADI, Taoufik et al. *Tackling dengue fever: Current status and challenges*. Jeddah: Virology Journal, 2015.
- THOMAS, Stephen; ROTHMAN, Alan. *Trials and Tribulations on the Path to Developing a Dengue Vaccine*. Rhode Island: American Journal of Preventive Medicine and Elsevier Ltd, 2015.

ALEITAMENTO MATERNO: SEU PAPEL NA PREVENÇÃO DE ASMA E ALERGIAS RESPIRATÓRIAS

Aline Levy Sitnoveter, Breno Lopes Nogueira, Carolina Furtado Campos, Andreia de Santana S. Moreira

INTRODUÇÃO JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

Nos últimos 30 anos, observa-se um importante aumento do número de novos casos de doenças alérgicas, principalmente em países desenvolvidos. Segundo a OMS, aproximadamente 235 milhões de pessoas no mundo são afetadas por essas doenças (JULIA; MACIA; DOMBROWICZ, 2015).

A asma é uma doença inflamatória crônica de vias aéreas, associada a hiperresponsividade das vias que levam a episódios recorrentes de sibilos, tosse e dispneia. Sua prevalência tem aumentado devido as alterações ambientais e é uma das principais causas de internação do SUS (SILVA; SCHNEIDER; STEIN, 2009).

O leite materno é um alimento imunologicamente complexo, e existe divergência entre diversos estudos sobre o seu papel como protetor e como sensibilizador para o surgimento de doenças alérgicas respiratórias. Essas divergências são baseadas nas diferentes concentrações no leite de determinadas substâncias, sendo alergênicas ou tolerogênicas, que variam de mãe atópica e não atópica além de estudos epidemiológicos com achados variados (SILVA; SCHNEIDER; STEIN, 2009; COCCO; SOUZA; SARNI, 2009).

O presente trabalho tem por objetivo entender a relação entre o aleitamento materno e a prevenção de asma, uma vez que esta doença é bastante prevalente e reduz a qualidade de vida dos indivíduos portadores.

METODOLOGIA

Foi uma revisão integrativa, onde foram consultados livros clássicos de pediatria: Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatra, Tratado de Pediatria (Nelson), assim como Manuais do Ministério da Saúde. A busca de artigos foi realizada na língua inglesa, nas bases *Cochrane*, *Pubmed*, *Lilacs* e *Medline*. Com relação as datas, foram selecionados artigos no período de 2008 a 2016. Foram selecionados um total de 8 artigos.

RESULTADOS

Entre as substâncias benéficas do leite humano, encontram-se IgA secretora, fatores tolerogênicos como IL-10 e TGF- β , lactoferrina e antioxidantes, além de fatores de crescimento intestinal (cortisol, tiroxina) e fatores influenciadores da microbiota, que junto com os antígenos da dieta materna, podem ser passados ao lactente durante o aleitamento. Esses antígenos estão em menor quantidade que no leite de vaca e assim levam a efeitos benéficos de tolerância e prevenindo a alergia. (JULIA; MACIA; DOMBROWICZ, 2015; SILVA; SCHNEIDER; STEIN, 2009).

O leite materno possui também células T de memória, macrófagos e o CD-14 solúvel que pode atuar como indutor de resposta linfocitária Th1, vertente celular da resposta adquirida, e assim evita o desenvolvimento de alergias, onde a principal resposta é a modulada pelo braço dos linfócitos Th2, produtora de anticorpos IgE (SILVA; SCHNEIDER; STEIN, 2009). Em um estudo realizado, foram detectados níveis de IgE séricos mais baixos em crianças exclusivamente ou parcialmente amamentadas por 6 meses, indicando uma proteção contra alergias no início da vida (CHIU et al., 2016).

Indivíduos com deficiência de IgA são mais suscetíveis ao desenvolvimento de alergias, destacando seu efeito imunoregulatório. Uma vez que neonatos são deficientes na sua síntese, o IgA do leite materno serviria como um substituto (VERHASSELT, 2010).

DISCUSSÃO

Já há evidências sobre a proteção do aleitamento contra dermatite atópica e alergia ao leite de vaca (JULIA; MACIA; DOMBROWICZ, 2015; GREER; SICHERER; BURKS, 2008). Tendo em consideração a teoria da marcha atópica, que explica uma correlação entre dermatite atópica e o desenvolvimento posterior de rinite alérgica e asma, o aleitamento materno poderia também prevenir de maneira secundária o surgimento de doenças alérgicas respiratórias (BOECHAT; FRANÇA, 2008)

A relação entre o aleitamento materno e o menor número de infecções respiratórias, como as causadas pelo vírus sincicial respiratório que podem levar ao surgimento de asma, aponta uma forma de proteção secundária contra o desenvolvimento dessa doença (CHIU et al., 2016).

Uma meta-análise de 2001 revelou que aleitamento materno exclusivo por 3 meses era protetor contra o desenvolvimento de asma em crianças de 2 a 5 anos (BOECHAT; FRANÇA, 2008). Wright et al realizou um estudo avaliando crianças do seu nascimento até os 13 anos, e identificou uma proteção do aleitamento exclusivo em relação a sibilos frequentes na infância, mas identificou um maior risco de asma e sibilos recorrentes a partir de 6 anos em crianças atópicas filhas de mães asmáticas. Já estudos posteriores realizados no Reino Unido apontam um fator protetor do aleitamento materno para sibilos nos primeiros 3 anos, perdendo essa proteção entre 7 e 8 anos (THYGARAJAN; BURKS, 2008)

CONCLUSÕES

O aleitamento é importante para o desenvolvimento imunológico, psicossocial e nutricional infantil. Seu papel na prevenção ou sensibilização para doenças alérgicas respiratórias ainda é contraditório, porém é mais claro seu papel na proteção contra infecções respiratórias e algumas doenças alérgicas, como a dermatite atópica, que podem por sua vez levar ao surgimento de atopias respiratórias. Assim, conclui-se que o leite tem um importante papel de proteção secundária, sendo necessário mais estudos para comprovar o risco de desenvolvimento de alergias respiratórias em lactentes filhos de mães atópicas e a eficaz proteção nos filhos de mães não atópicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOECHAT, JL; FRANÇA, AT. Marcha atópica. Rev. bras. alerg. imunopatol. Vol. 31, Nº 4, 2008.

CHIU, CY; LIAO, SL; SU, KW; TSAI, MH; HUA, MC; LAI, SH; CHEN, LC; YAO, TC; YEH, KW; HUANG, JL. Exclusive or Partial Breastfeeding for 6 Months Is Associated With Reduced Milk Sensitization and Risk of Eczema in Early Childhood: The PATCH Birth Cohort Study. Medicine (Baltimore). 2016 Apr;95(15):e3391. doi: 10.1097/MD.0000000000003391.

COCCO, RR; SOUZA, FS; SARNI, RO., et al. O papel da nutrição no primeiro ano de vida sobre a prevenção de doenças alérgicas. Rev. bras. alerg. imunopatol. – Vol. 32, Nº 2, 2009.

GREER, FR; SICHHERER, SH, BURKS, AW; American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition; American Academy of Pediatrics Section on Allergy and Immunology. Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods, and hydrolyzed formulas. *Pediatrics*. 2008 Jan;121(1):183-91. doi: 10.1542/peds.2007-3022.

JULIA, V; MACIA, L; DOMBROWICZ, D. The impact of diet on asthma and allergic diseases. *Nat Rev Immunol*. 2015 May;15(5):308-22. doi: 10.1038/nri3830.

SILVA, DRN; SCHNEIDER, AP; STEIN, RT. O papel do aleitamento materno no desenvolvimento de alergias respiratórias. *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 35-42, jan./mar. 2009.

VERHASSELT, V. Oral tolerance in neonates: from basics to potential prevention of allergic disease. *Mucosal Immunology* (2010) 3, 326–333; doi:10.1038/mi.2010.25; published online 19 May 2010.

THYGARAJAN, A; BURKS, AW. American Academy of Pediatrics recommendations on the effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease. *Curr Opin Pediatr*. 2008 Dec;20(6):698-702. doi: 10.1097/MOP.0b013e3283154f88.

ANÁLISE DO USO DE AGROTÓXICOS PELOS MORADORES DE VENDA NOVA, NO MUNICÍPIO DE TERESÓPOLIS-RJ, ASSOCIADO AO USO DEMASIADO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

Mariani Correa Mendes, Laís Moura Marques, Lucas Correa, Gabriela Cordeiro Maciel, Taciana Maria Soriano, Fernanda Bossemeyer Centurião

INTRODUÇÃO JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

Os agrotóxicos foram introduzidos no meio rural para aumentar a produção e diminuir as pragas no campo. No entanto, a utilização desses agentes, muitas vezes de forma indiscriminada, eleva o risco de efeitos deletérios à saúde. (PERES et al., 2001).

O Brasil é o terceiro maior exportador agrícola do mundo, atrás apenas dos Estados Unidos e da União Europeia, sendo esse intenso processo produtivo cada vez mais dependente de agrotóxicos (REBELO et al., 2010). Enquanto nos últimos dez anos o mercado mundial de agrotóxicos cresceu 93%, o mercado brasileiro cresceu 190% (CASSAL et al., 2014). Em 2008, o Brasil alcançou a posição de maior consumidor mundial de pesticidas (MMA, 2015). Além disso, o Brasil tornou-se, nos últimos anos, o principal destino de agrotóxicos já não permitidos em outros países, sendo que, pelo menos dez deles, são proibidos na União Europeia, Estados Unidos e Paraguai (IPEVS, 2015).

Todo inseticida em uso atualmente tem o sistema nervoso do inseto como alvo primário e, conseqüentemente, também afeta o sistema nervoso de seres humanos. Há evidências da alteração no balanço entre neurotransmissores, como acetilcolina, GABA e dopamina (MILESON et al., 1998; NORIEGA-ORTEGA et al., 2011). Devido a essas e outras alterações, relaciona-se a intoxicação por agrotóxicos à alta frequência de distúrbios psiquiátricos, principalmente a neurose depressiva, além da ocorrência de transtornos psíquicos menores. Alguns estudos sugerem que esses agentes químicos sejam responsáveis por 60% a 80% dos casos de suicídio observados no meio rural ao redor do planeta (DAWSON et al., 2010; LEVIGARD & ROZEMBERG, 2004; LONDRES, 2011).

Neste aspecto, o presente estudo quantitativo justifica-se pelo expressivo uso de agrotóxicos pelos agricultores da comunidade de Venda Nova e objetiva relacionar a

utilização inadequada destes defensivos agrícolas e a dependência por medicamentos psicotrópicos.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo epidemiológico transversal, a partir de dados obtidos através da aplicação de questionário, previamente submetido à análise do Comitê de Ética local, para os trabalhadores rurais da área de Venda Nova, município de Teresópolis-RJ. O questionário foi constituído de perguntas objetivas e discursivas e após a aplicação do mesmo foi feita uma análise descritiva com os dados obtidos, sendo os resultados apresentados em tabelas, em forma de porcentagem. Os dados foram obtidos no período de abril de 2015 até dezembro de 2015. Em um primeiro momento, foi realizado treinamento dos alunos quanto a aplicação do questionário, visando unificar as instruções e possíveis informações que poderiam ser solicitadas pelos respondentes. Após o treinamento, foi realizado o estudo com 31 trabalhadores rurais.

Os trabalhadores rurais que concordaram em participar do questionário assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tiveram mantido o anonimato, de acordo com a Portaria do Conselho Nacional de Saúde/MS – CNS, Resolução nº 196/96 e suas Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

RESULTADOS

A pesquisa foi realizada com 31 participantes. Em relação ao perfil dos entrevistados, a maioria procede da zona rural (96,15%) e 61,54% são mulheres. A maior parte dos entrevistados concentra-se na faixa etária de 45 a 54 anos (42,30%), seguidos da faixa etária de 55 a 64 anos (23,07%). Foram entrevistados indivíduos de 35 a 44 anos (7,70%), 65 a 74 anos (15,38%) e acima de 70 anos (11,54%). Dos entrevistados, 16 faziam uso regular de pelo menos um psicotrópico, enquanto 15 não faziam.

A tabela 1 mostra a utilização de EPIs pelos trabalhadores e pode-se observar que geralmente utiliza-se chapéus e bonés (69,23%), calça comprida comum (50%) e camisa de manga compridas comum (34,61%). Dos entrevistados, 50% utilizam camiseta ou camisa de manga curta e 34,61% utilizam short ou bermuda para a prática agrícola com

utilização de agrotóxicos. Dentre eles, 34,61% utilizam bota de borracha de EPI, 30,77% fazem uso de sapato fechado, sapatão ou botina e três entrevistados (11,54%) fazem uso de chinelo durante a atividade agrícola com uso de agrotóxicos. Apenas 3,85% dos entrevistados fazem uso de óculos de proteção EPI, máscara/respirador EPI e luvas durante a aplicação de agrotóxicos na lavoura.

Tabela 1: Uso de Equipamento de Proteção Individual – EPI

EPI	n	%
Chapéu/boné, etc.	18	69,23
Viseira	4	15,38
Avental EPI	3	11,54
Camiseta, camisa manga curta, etc.	13	50,00
Camisa de manga compridas comum	9	34,61
Calças compridas comum	13	50,00
Short/bermuda, etc.	9	34,61
Sapato fechado, sapatão ou botina	8	30,77
Chinelo	3	11,54
Bota de borracha de EPI	9	34,61
Óculos de proteção EPI	1	3,85
Máscara/Respirador EPI	1	3,85
Luvas	1	3,85

No que diz respeito ao uso de medicamentos psicotrópicos, verifica-se que mais da metade dos entrevistados (57,72%) faz uso de ansiolítico, especificamente da classe dos benzodiazepínicos (Tabela 3). Ainda é possível perceber que alguns entrevistados (15,38%) fazem uso concomitante de ansiolítico e antidepressivo. Figuram ainda na lista de medicamentos psicotrópicos utilizados pelos trabalhadores rurais de Venda Nova estabilizadores de humor (7,70%), antidepressivos como monoterapia (3,85%), Fenobarbital (anticonvulsivante, hipnótico e sedativo) (7,70%) e antipsicóticos (7,70%). Dos entrevistados, 26,92% utilizam medicamentos psicotrópicos há mais de 20 anos, enquanto que apenas 3,85% utilizam há menos de 1 ano e outros 23,07% utilizam entre 1 a 5 anos. Este tempo de utilização de medicamentos psicotrópicos pode ainda variar entre 6 a 10 anos (19,23%) e 11 a 20 anos (19,23%), entre os entrevistados.

Tabela 2: Características do consumo de medicamento psicotrópicos

Dados	n	%
Tempo de uso de medicamento psicotrópico		
Menos de 1 ano	1	3,85
1 a 5 anos	6	23,07
6 a 10 anos	5	19,23

11 a 20 anos	5	19,23
Acima de 20 anos	7	26,92
Finalidade do uso		
Estabilizador de humor	2	7,70
Benzodiazepínico (ansiolíticos)	15	57,72
Antidepressivo + benzodiazepínico	4	15,38
Antidepressivo	1	3,85
Fenobarbital (anticonvulsivante, hipnótico e sedativo)	2	7,70
Antipsicótico	2	7,70

DISCUSSÃO

Conquanto não se deva fazer uma ampla generalização dos resultados deste trabalho, dados preocupantes foram obtidos e pedem divulgação.

São diversas as razões pelas quais os trabalhadores rurais podem não utilizar EPI – neste trabalho, mais da metade dos entrevistados não utilizaram nenhum, ao passo que 100% deles não usaram equipamento completo. Entre os que não utilizaram nenhum EPI, alegaram que são: “desconfortáveis, incomodam, esquentam e os óculos embaçam, atrapalhando o trabalho”. A falta de informação e de treinamento formal associado ao baixo nível de escolaridade podem ser fatores relevante neste aspecto.

Alguns estudos relacionam a exposição aos agrotóxicos com sintomas de depressão. Rehner e colaboradores (2000), investigando um desastre ecológico com o organofosforado parationa metílica ocorrido no Mississippi (Estados Unidos), observaram que independente dos níveis do agrotóxico encontrados na água consumida, mais da metade das pessoas expostas apresentaram sintomas de depressão. Em um estudo semelhante, Scarth e colaboradores (2000) encontraram riscos maiores de desenvolvimento de depressão em trabalhadores do Estado de Iowa comparados aos do Colorado. Um estudo realizado nos municípios de Antônio Prado e Ypê no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil (FARIA et al., 2000), indicou que a ocorrência de intoxicações agudas provocadas pela exposição aos agrotóxicos está fortemente associada à prevalência de transtornos psiquiátricos menores, sendo a depressão e a ansiedade os diagnósticos mais frequentes. Os dados obtidos no presente estudo corroboram e apontam que possivelmente há uma relação entre a exposição a agrotóxicos e o uso de psicotrópicos. Repara-se que a maior parte da população entrevistada faz uso dos fármacos por mais de 20 anos, o que aponta para possível dependência.

CONCLUSÃO

Os dados encontrados no presente trabalho são corroborados pela literatura, mostrando uma provável relação entre a exposição inadequada aos agrotóxicos, devido a não utilização ou utilização incompleta de EPIs, e o uso exacerbado de medicamentos psicotrópicos, especialmente ansiolíticos da classe dos benzodiazepínicos e antidepressivos.

Este trabalho deve ser continuado na tentativa de estabelecer esta relação, bem como iniciar um programa de vigilância epidemiológica na região, até agora inexistente, para melhor avaliar, comparar e quantificar estes eventos, bem como avaliar se este fenômeno se repete em outras áreas rurais do município de Teresópolis.

REFERÊNCIAS

CASSAL, V.B.; AZEVEDO L.F.; FERREIRA, D.G.S. Agrotóxicos: uma revisão de suas consequências para a saúde pública. REGET. v. 18, p. 437-445, 2014.

DAWSON AH, EDDLESTON M, SENARATHNA L, MOHAMED F, GAWARAMMANA I, et al. Acute Human Lethal Toxicity of Agricultural Pesticides: A Prospective Cohort Study. PLoS Med, v. 7(10), e1000357. doi: 10.1371/journal.pmed.1000357, 2010.

FARIA NMX, FACCHINI LA, FASSA ACG, TOMASI E. Processo de produção rural e saúde na serra gaúcha: um estudo descritivo. Cad. Saúde Pública, v.16, p. 115-128, 2000.

INSTITUTO DE PESQUISA EM VIDA SELVAGEM E MEIO AMBIENTE. Disponível em: <www.ipevs.org.br/blog/?p=1455> Acesso em: 25 de jan. 2016.

LEVIGARD, Y. E.; ROZEMBERG, B. A interpretação dos profissionais de saúde acerca das queixas de “nervos” no meio rural: uma aproximação ao problema das intoxicações por agrotóxicos. Cad. Saúde Pública, v. 20(6), p.1515-1524, 2004.

LONDRES, F. Agrotóxicos no Brasil: um guia para ação em defesa da vida. Rio de Janeiro: AS-PTA - Assessoria e Serviços a Projetos em Agricultura Alternativa, 190 p., 2011.

MILESON, B.E. et al. Common mechanism of toxicity: a case study of organophosphorus pesticides. *Toxicol Science*, v.41, p.8-20, 1998.

MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE. Disponível em: <www.mma.gov.br/seguranca-quimica/agrotoxico> Acesso em: 25 de jan. 2016.

NORIEGA-ORTEGA, B. R. et al. GABA and dopamine release from different brain regions in mice with chronic exposure to organophosphate methamidophos. *J Toxicol Pathol*, v. 24, p.163-168, 2011.

PERES F., ROZEMBERG B., ALVES S.R., MOREIRA J.C., OLIVEIRA-SILVA, J. J. Comunicação relacionada ao uso de agrotóxicos em uma região agrícola do Estado do Rio de Janeiro. *Revista Saúde Pública*, v. 35, p. 564-570, 2001.

REBELO, R.M. VASCONCELOS, R.A., MAC CORMICK BUYS B.D., REZENDE, J.A., CHAM DE MORAES K. O., Oliveira, R. P. Produtos agrotóxicos e afins comercializados em 2009 no Brasil: uma abordagem ambiental. Brasília: Ibama, 2010.

REHNER TA, KOLBO JR, TRUMP R, SMITH C, REID D. Depression among victims of south Mississippi's methyl parathion disaster. *Health Soc Work*, v. 25, p. 33-40, 2000.

SCARTH RD, STALONES L, ZWERLING C. The incidence of depressive symptoms and risk factors among Iowa and Colorado farmers. *Am J Ind Med*, v. 3, p. 382-389, 2000.

ATUAÇÃO DO INTERNATO MÉDICO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Poliana Trabuco de Oliveira, Vinicius Silva Santana, Mariana Beatriz Arcuri

INTRODUÇÃO

O curso de graduação em medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos – UNIFESO propicia aos alunos do internato vivência e atuação na atenção básica de saúde. As unidades básicas de saúde da família – UBSFs geralmente são a porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde, onde os mesmos podem receber atendimentos gratuitos em inúmeras áreas como clínica geral, ginecologia, odontologia, pediatria, e cuidados de enfermagem, além de propiciar seguimento no tratamento de patologias e realização de pequenos procedimentos. As unidades devem seguir os princípios do Sistema único de saúde – SUS: integralidade, universalidade e equidade.

O objetivo deste relato de experiência é descrever a atuação do internato médico nas unidades básicas, narrando experiências e aprendizados relevantes para uma formação acadêmica de qualidade, enfatizando a importância de se conhecer melhor esse serviço somando para uma futura vida profissional.

NARRATIVA DE PRÁTICA

Eu atuei como interna em três unidades básicas na cidade de Teresópolis/RJ no período de 16 de janeiro a 31 de março de 2017. Em todas vivenciei a importância da relação médico – paciente para a continuidade de um tratamento que muitas vezes é longo e difícil. As consultas são centradas no paciente e suas queixas, e o desafio muitas vezes é fazê-lo entender a importância do acompanhamento médico.

Um dos programas das unidades básicas de saúde é o HIPERDIA, em que pacientes com hipertensão e diabetes são alocados em grupos e tem à disposição um acompanhamento diferenciado, com consultas reagendadas previamente e palestras sobre a importância dos cuidados com a alimentação e prática de exercícios físicos. Um dia na semana da agenda era reservado para atendimento aos pacientes do grupo e pude reiterar a importância do seguimento adequado para prevenção de complicações decorrentes dessas patologias e cuidados das lesões já instaladas.

Outro dia da semana era direcionado ao atendimento de pré-natal de baixo risco. Com isso, aprendi sobre a periodicidade das consultas, exames a serem solicitados, e principalmente sobre o exame físico da gestante, importante para avaliar a vitalidade e crescimento fetal assim como a saúde materna. Toda gestante atendida pelo programa deve receber orientações para prevenção de complicações no período gestacional além de tratamento e/ou encaminhamento ao pré-natal de alto risco caso necessário.

Uma experiência de grande aprendizado foi o acompanhamento de uma família através de visitas domiciliares, que eram realizadas a cada 15 dias sempre em dias combinados com os pacientes. Na família em que acompanhei o paciente que mais demandava atenção era o senhor A.X, de 69 anos, portador de hipertensão arterial e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) grave, e por isso com intensa dispnéia aos pequenos esforços, o que o impossibilitava de comparecer as consultas. Com as visitas frequentes o paciente pode fazer o tratamento correto das suas patologias, além de receber auxílio na cessação do tabagismo.

Os outros dias da semana eram dedicados a clínica médica, para atendimento a demanda dos pacientes. Nesses dias várias patologias eram vistas e algumas até mesmo desconhecidas por mim, que tive a oportunidades de aprender na prática com essa experiência.

Além de consultas, pude atuar na realização de vacinação, principalmente na campanha da febre amarela que foi realizada no meu período de vivência nas unidades, além de outros pequenos procedimentos como troca de curativos.

Dificuldades enfrentadas pelas equipes de saúde e vivenciadas também por mim incluem a falta de recursos no que tange a falta de medicamentos para oferecer aos pacientes, e de materiais para a realização de procedimentos simples como os citados acima. Além disso, as únicas visitas realizadas foram às residências em que o trajeto pudesse ser percorrido a pé devido a indisponibilidade de veículo a serviço da unidade

A falta de recursos financeiros dos pacientes também são dificuldades que vivenciei, já que muitas vezes tivemos que buscar alternativas para algum tratamento por impossibilidade de o paciente comprar a medicação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, é considerado que a consulta médica na atenção básica é fundamental para o bom funcionamento do sistema único de saúde objetivando a

universalidade, continuidade do cuidado, humanização e equidade. Com isso em mente, torna-se imprescindível a vivência do profissional médico em formação nesses cenários, possibilitando não apenas a prática de conhecimentos adquiridos durante o curso, mas também o crescimento pessoal frente à individualidade de cada paciente.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Memorial da IV Mostra de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família [recurso eletrônico] – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I)
- PEREIRA, Juliana Guisardi; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. The contribution of the teaching-service integration to the implementation of the health surveillance model: educators' perspective. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 17, n. 2, p.167-173, abr. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692009000200005>.
- BOTTI, Maria Luciana; SCOCHI, Maria José. O aprender organizacional: relato de experiência em uma Unidade Básica de Saúde. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 15, n. 1, p.107-114, abr. 2006. FapUNIFESP (SciELO).<http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902006000100011>.
- ARRUDA, Amanda Elias et al. Formação e pesquisa em saúde: relato de experiência na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.l.], v. 36, n. 11, p.102-110, mar. 2012. FapUNIFESP (SciELO).<http://dx.doi.org/10.1590/s0100-55022012000200014>.
- ARAUJO, Fernando Costa et al. O aprender e o orientar na atenção primária: relato de experiência de um semestre de atividades no PET-Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.l.], v. 36, n. 12, p.164-168, mar. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-55022012000300024>.

CONTROLE DA SÍFILIS EM GESTANTES E SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE TERESÓPOLIS – RJ: UM DESAFIO NA SAÚDE PÚBLICA

Sarah Colombi Cuquetto, Larissa Rodrigues Ramos, Nathalia Corrêa Cardoso de Oliveira, Joseane Santos Alecrim, Paula Bittencourt Vasconcellos, Margarete Domingues Ribeiro

INTRODUÇÃO

A sífilis em gestantes é uma doença de notificação compulsória, relevante na saúde pública. A transmissão vertical da sífilis não tratada é alta. Existe uma relação inversamente proporcional entre o número de gestantes e parceiros tratados e o número de casos de sífilis congênita. A sífilis é uma afecção de controle no âmbito da atenção básica, contudo, fragilidades no sistema de saúde têm contribuído para alta prevalência no estado do Rio de Janeiro. O estado do Rio de Janeiro possui a maior taxa de infecção do país, com 12,4 casos a cada mil nascidos vivos, sendo o dobro da média nacional.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVO

A investigação dos casos de sífilis em gestantes no município se justifica por ser uma doença responsável por uma alta de morbidade na população, sendo uma DST extremamente prevalente e tendo alto índice de transmissão para o feto, podendo causar sequelas irreversíveis.

O presente trabalho tem por objetivo avaliar a realização do tratamento proposto à gestante e parceiro em Teresópolis-RJ de 2012-2016. Conhecer os casos de sífilis em gestante e sífilis congênita em Teresópolis-RJ de 2012-2016.

METODOLOGIA

Estudo epidemiológico quantitativo e descritivo, que tem como fonte de dados a FICHA DE INVESTIGAÇÃO: SÍFILIS EM GESTANTE, do SINAN e informações da Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis, contidas no sistema de informação sobre nascidos vivos (SINASC), nos anos de 2012-2016.

RESULTADOS

Quanto ao tratamento, apenas o realizado com Penicilina G Benzatina foi considerado adequado. Para as gestantes, as porcentagens de tratamento instituído diante dos anos foram: 2012 (88,46%), 2013 (100%), 2014 (91,30%), 2015 (80,76%), 2016 (96,29%). Para o tratamento dos parceiros foram: 2012 (4%), 2013 (41,35%), 2014 (56,12%), 2015 (30,76%), 2016 (33,33%). Diante dos dados, é possível inferir que entre os anos de 2012 e 2013 houve um aumento expressivo do tratamento, nas gestantes e parceiros, com posterior queda nos anos de 2014 e 2015 e retomada de crescimento percentual no tratamento entre os anos de 2015 e 2016. Cabe mencionar que tais valores percentuais são muito inferiores à meta proposta pelo Ministério da Saúde. Em relação à sífilis congênita, o número de casos novos por mil nascidos vivos no município de Teresópolis nos anos de 2012 a 2016 foram: 2012 (8,064), 2013 (6,366), 2014 (6,118), 2015 (6,366), 2016 (4,233). Ao se comparar os dados municipais com o Estado do Rio de Janeiro e os demais estados brasileiros, pode-se inferir que o número de casos no município é inferior ao estadual e nacional, exceto no ano de 2012. Entretanto, os valores encontrados neste estudo epidemiológico no município são muito superiores aos preconizados pela Organização Panamericana de Saúde, que é de 0,5 caso por mil nascidos vivos. Tal fato demonstra fragilidade no sistema de saúde, no que tange à busca ativa das gestantes com sífilis, na orientação das medidas de prevenção e realização de acompanhamento e tratamento adequado destas e de seus parceiros. Ao se comparar a realização de tratamento nas gestantes e seus parceiros e os casos de sífilis congênita estabelece-se uma relação inversamente proporcional. Ou seja, quanto maior a porcentagem de gestantes e parceiros tratados, menor o número de casos de sífilis congênita.

DISCUSSÃO

A sífilis congênita é um grave problema de saúde pública. A vigilância epidemiológica tem papel fundamental no controle dos agravos da sífilis na gestação. Assim sendo, trata-se de uma afecção de notificação compulsória.

A prevalência da sífilis congênita no estado do Rio de Janeiro tem aproximadamente o dobro da média nacional. Já no município de Teresópolis os dados epidemiológicos encontrados pelo trabalho mostram valores inferiores ao estado do Rio de Janeiro e da média nacional.

A triagem e a cobertura de tratamento e acompanhamento para gestante e seus parceiros é fundamental para redução dos casos de sífilis congênita. Diante dos dados obtidos foi possível inferir que está havendo um aumento na adesão ao tratamento, mas ainda está longe da meta proposta pelo Ministério da saúde. Nesse panorama, evidencia-se falhas no sistema de saúde que vão desde falta de orientação com relação à prevenção, falha na busca ativa das gestantes portadoras de sífilis, não adesão ao tratamento dos respectivos parceiros, não continuidade do tratamento com o número de doses corretas.

Diante dos resultados obtidos, fica evidente que o municio de Teresópolis necessita investir em educação permanente, melhor orientação da população com relação às formas de prevenção, expandir a captação de gestantes para realização do pré-natal com a realização efetiva dos exames necessários, tratamento das gestantes portadoras e seus respectivos parceiros e acompanhamento dos níveis sorológicos para controle de cura.

CONCLUSÕES

Frente aos resultados encontrados, faz-se necessária realização de educação permanente, o que inclui a retroalimentação do sistema de saúde com os dados, além da sensibilização de todos os profissionais de saúde envolvidos na atenção à gestante e ao parceiro e nas formas de orientação, prevenção e tratamento adequado da sífilis

REFERÊNCIA

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Guia de Vigilância em Saúde. 1ª edição. 2014. 814p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. Vigilância Epidemiológica. 1ª edição. 2015. 140 p.

Cooper JM, Michelowb IC, Wozniaka PS, Sánchez PJ. In time: the persistence of congenital syphilis in Brazil - More progress needed! Rev Paul Pediatr. 2016; 34:251-3.

LAFETÁ, KRG, MARTELLI, HJ. Maternal and congenital syphilis, underreported and difficult to control. Revista Brasileira de Epidemiologia, vol. 19 São Paulo, 2016.

Organização Mundial de Saúde. Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação. Genebra: OMS; 2008.

Pan American Health Organization. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas. Washington: PAHO; 2014.

DOR CRÔNICA COMO COMPLICAÇÃO DO PÓS-OPERATÓRIO: O QUE O MÉDICO PRECISA SABER?

Sâmela Duarte Lima Bomfim, Victoria Gabarron Castello Branco, Manuela de Paula, Maria Clarice Akil, Luis Claudio Motta

INTRODUÇÃO

A dor crônica persistente pós-operatória (DCPO) é aquela que se mantém por dois meses ou mais após o ato cirúrgico, quando se excluem quaisquer outras causas de dor, como câncer ou infecção crônica. A DCOP ocorre em 1 a 2 de 10 pacientes cirúrgicos e é intolerável após 1 em 100 procedimentos cirúrgicos. Os fatores clínicos que predizem aproximadamente 70% de risco para DCPO são tipo de cirurgia, idade, estado de saúde física e mental e dor pré-operatória (no sítio cirúrgico ou em outros locais). Apesar de vários estudos epidemiológicos a DCPO permanece como uma síndrome de pouco compreensão dos fatores que iniciaram ou mantiveram seu desenvolvimento, o que dificulta o manejo preventivo e terapêutico.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

A DCPO constitui um grave problema de saúde, é incapacitante e mina a qualidade de vida dos pacientes acometidos. Devido à sua grande prevalência, associada a limitações físicas impostas pela condição, este trabalho visa fornecer subsídios para que o médico saiba como melhor atuar na prevenção da doença e no manejo terapêutico adequado, caso essa se instale.

METODOLOGIA

Na revisão, foram incluídas publicações de estudos quantitativos e qualitativos que continham a dor crônica pós-operatória como problema. As estratégias de busca tiveram a finalidade de localizar estudos publicados em inglês ou português, e as bases estudadas foram MEDLINE, LILACS e PubMed, com a busca dos descritores “Chronic Pain”, “Postoperative Period” e “Anesthesiology”.

RESULTADOS

Alguns artigos afirmam que a melhor conduta no tratamento da dor crônica consiste na anestesia regional associada a infusão local de quetamina, ressaltando que a associação de gabapentinóides não possuem dados comprovados na literatura. No entanto, outros artigos advogam a realização de analgesia multimodal, com uma combinação de fármacos, dentre eles opioides, agonistas $\alpha 2$ -adrenérgicos, antagonistas da COX, gabapentina, pregabalina, esteroides, antagonistas NMDA e anestésicos locais.

DISCUSSÃO

A dor crônica persistente pós-operatória (DCPO) é aquela que se mantém por dois meses ou mais após o ato cirúrgico, quando se excluem quaisquer outras causas de dor, como câncer ou infecção crônica. No período pós-operatório imediato, a ativação direta de nociceptores, a inflamação e a possível lesão de estruturas nervosas provocam, do ponto de vista clínico, dor em repouso ou incidental no local da cirurgia e em região próxima. Dependendo do procedimento cirúrgico, as dores no pós-operatório podem variar de leves a muito intensas e de curta a longa duração, e seus principais sintomas são: dor ao movimento (99%), inquietação ou medo (91%), dor em repouso na ferida operatória (91%), cefaleia (19%), náusea e vômito (7%) e meteorismo (3%). Diante do exposto, é importante entender que a DCPO é iniciada por um evento e mantida independentemente do que a causou. Além da compreensão de que a DCPO é uma doença neurobiológica, para o seu manejo é preciso entender que existem inúmeros fatores de risco possuem fator preditivo para o desenvolvimento da doença, não biológicos, como a carga emocional, ansiedade, distúrbio do sono. Embora o alívio do sofrimento seja considerado um objetivo importante pelos médicos, muitos deles ainda pressupõem o tratamento da dor como uma tarefa simples que não exige treinamento especial, contudo, é preciso lembrar que o tratamento apropriado para a dor pós-operatória reduz a incidência de complicações, os dias de hospitalização e os custos. Segundo os artigos a melhor forma de tratamento atual da DCOPO consiste na analgesia multimodal com combinações de fármacos que tenham mecanismos de ação distintos e efeitos aditivos ou sinérgicos parece interferir de forma adequada na complexidade da transmissão dolorosa. Sendo que a associação de drogas, além de contemplar os diversos alvos inibitórios da fisiopatologia da dor, promove também reduções significativas em seus efeitos adversos pela diminuição das doses necessárias. Além dessa ação multimodal, indica-se anestesia regional (ex: anestesia peridural e bloqueio paravertebral), associado a infusão

perioperatória local de quetamina. No entanto, as terapêuticas descritas não possuem especificidade ou sensibilidade precisas. Por conta disso, a dor crônica persistente após cirurgia tem sido um fator desafiante para o manejo médico, uma vez que não há terapias de prevenção precisas. Vale ressaltar que a DPCO possui grande relevância, pois interfere no retorno do indivíduo as atividades da vida diária e afeta, assim, sua capacidade e produtividade. Diante disso, além das razões humanitárias, há excelentes razões para que a dor pós-operatória deva ser tratada.

CONCLUSÕES

Quando o tratamento de dor é aplicado individualmente ao paciente, a variedade de eventos anatômicos, fisiológicos, bioquímicos, farmacológicos e psicológicos influenciam a fisiopatologia da dor pós-operatória e a resposta integral no resultado final. Atualmente, existem inúmeras técnicas que previnem a lesão no nervo, todavia, apesar disso o manuseio e a prevenção dessa síndrome continuam inapropriados. Assim, a prevenção precoce e tardia da dor pós-cirúrgica é um importante desafio.

EPIDEMIOLOGIA DE SUICÍDIO NA REGIÃO SERRANA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Lais Miskulin Prearo, Flávio Morgado

INTRODUÇÃO JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

O termo suicídio é definido como ato autoprovocado intencionalmente que tem por objetivo a morte do indivíduo, de forma voluntária (MARTÍN, Nizama Valladolid,2011). O suicídio é um evento complexo de abrange causas diversas cuja fator causal não pode ser apontado como característica única (MARTÍN, Nizama Valladolid,2009).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o suicídio é uma das prioridades globais de Saúde pública, sendo também considerado uma tragédia pessoal e familiar que leva ao sofrimento nos que rodeiam a vítima.

A OMS desenvolveu um estudo com a população mundial que demonstrou que, ao decorrer da vida, 17,1% das pessoas “pensaram seriamente em pôr fim à vida”, 4,8% chegaram a desenvolver um plano para tanto, e 2,8% dos indivíduos realmente cometeram o suicídio (MARTÍN, Nizama Valladolid,2009). Segundo dados divulgados pela mesma organização, em 2015, o Brasil apresenta a taxa de suicídio brutos no valor de 6,3 por 100 mil habitantes assumindo a oitava posição no ranking mundial de suicídios. Vários estudos brasileiros apontam para a deficiência acerca dos registros de óbitos nas bases de dados nacionais, quanto a sua qualidade e quantidade (Campos-Silva T,2010; Mello-Jorge MHP,2008).

Constata-se uma pequena gama de pesquisas recentes sobre o referente tema na cidade de Teresópolis e Região Serrana. Vindo esse trabalho de encontro com essa necessidade. Tendo o mesmo por objetivo averiguar e analisar a taxa de suicídio ocorridos no município de Teresópolis entre o intervalo de tempo de 1999 a 2013.

METODOLOGIA

Investigação quantitativa nos dados do CID-10, grupo das lesões autoprovocadas intencionalmente, coletadas no banco de dados TabNet do DATASUS, na página das

estatísticas vitais, mortalidades geral, no período de 1999 a 2013, e revisão de literatura de artigos obtidos nos bancos de dados BVS e SIBi.

Os descritores utilizados para a busca dos artigos foram: "suicídio" e "epidemiologia", e os filtros usados foram: a partir de 2011 (últimos cinco anos); estudos publicados em português, inglês e espanhol. Dos artigos encontrados foram selecionadas as publicações que atendiam a demanda do presente trabalho, dos quais foram artigos de revisão da literatura e empíricos.

RESULTADOS

Foram analisadas as taxas de suicídio nas três maiores cidades da Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro, sendo elas, Petrópolis, Nova Friburgo e Teresópolis, sendo possível obter as figuras 1 e 2.

A figura 1 demonstra o número de suicídios ocorridos nas cidades de Teresópolis, Petrópolis e Nova Friburgo.



Figura 1. Números absolutos de casos de suicídio nas principais cidades da região Serrana, no período de 1999 a 2013.

A figura 2 mostra a taxa de incidência por 100 mil habitantes para o número de casos exibido na figura 1.

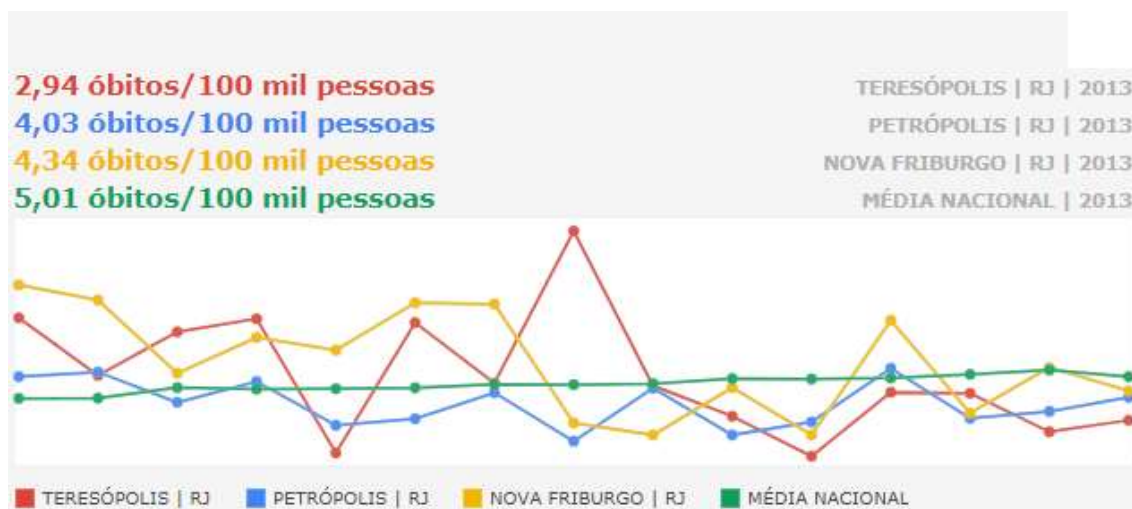


Figura 2. Taxas da incidência de suicídio nos municípios de Teresópolis, Petrópolis e nova Friburgo em comparação com a média nacional, entre o período de 1999 e 2013.

DISCUSSÃO

Os resultados apontam que as taxas de suicídio são flutuantes, entre o período de 1999 a 2013. Em contrapartida, quando nos atemos para os índices de incidência exibidos na figura 2 a partir do ano 2007, essas cidades estão abaixo da média nacional, permanecendo assim até o ano de 2013, com exceção da cidade de nova Friburgo no ano de 2010. Entretanto não é possível identificar os fatores predisponentes para tais ondulações, uma vez que há diversas variantes.

Diante dos dados obtidos e colocados no gráfico 2, vê-se que os números absolutos de casos de suicídio nas mesmas cidades citadas são bastante variáveis. Em 2013 é possível verificar que os números são mais elevados em Petrópolis, com 12 casos, seguido de Nova Friburgo com 8 óbitos e Teresópolis, por sua vez com 5 suicídios notificados no DATASUS.

Essa pesquisa avalia as taxas e números absolutos nos casos de suicídio cometidos entre o período de tempo de 1999 e 2013, sendo observado os índices baixos apesar do que se é sabido. Quando se analisa tais dados sobre mortalidade por suicídio no Brasil nos deparamos com o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde que é formado com informações diretas de atestados de óbitos. De acordo com a comparação feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), no ano de 2006, de suas projeções demográficas com o número absoluto de óbito registrados nos

cartórios estimou-se que cerca de 15,6% dos casos não são registrados em cartórios, sendo feitos assim sub registros.

Quando o IBGE se atem para as estatísticas do Ministério da Saúde, o mesmo calculou que 13,7% dos óbitos ocorridos em hospitais, no mesmo período de tempo, podem não terem sido notificados (PONCE, Júlio de Carvalho, 2008).

Sendo assim nos deparamos com um problema, uma vez que os suicídios não são registrados e notificados adequadamente, sendo registrados com outro CID como afogamento, envenenamento acidental e “morte de causa indeterminada” (PONCE, Júlio de Carvalho, 2008).

CONCLUSÕES

Os motivos que levam a ocorrência de sub registros e subnotificações são variados sendo originados por motivos de cobertura securitária ou por razões humanitárias. Uma vez que os casos de suicídio ocorridos em um período de tempo menor ou igual a dois anos do contrato do seguro de vida, não são ressarcidos pelo plano, sendo assim essa é uma provável causa de sub registros e subnotificação. Outra razão encontrada é a fraternidade e humanidade do profissional responsável pela confecção da declaração de óbito quando em vista do sofrimento da família a tal fato.

Sendo por motivos declarados ou não é presente a dificuldade de se analisar as taxas reais quanto ao número de casos de suicídio e assim não se faz possível determinar a gravidade desse evento.

REFERÊNCIAS

- MARTÍN, Nizama Valladolid. Suicide Rev. Peru. Epidemiol. (Online); 15(2): 1-5, mayo-ago. 2011.
- Hawton K, Van Heeringer K. Suicide. The Lancet 2009; 373(9672):1372-1381.
- CAMPOS-Silva T, Oliveira RC, Abreu DMX. Análise da qualidade das informações sobre a mortalidade por causas externas em Minas Gerais, 1997 a 2005. Cad Saude Colet 2010; 18(3):371-379
- MELLO-Jorge MHP, Laurenti R, Lima-Costa MF, Go- tlieb SLD, Chiavenatto Filho ADP. A mortalidade de idosos no Brasil: a questão das causas mal definidas. Epidemiol. Serv. Saúde 2008, 17(4):271-281.
- ONUBR ”OMS: suicídio é responsável por uma morte a cada 40 segundos no mundo”.

Acesso em 14/08/2017. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-suicidio-e-responsavel-por-uma-morte-a-cada-40-segundos-no-mundo/>

PONCE, Júlio de Carvalho et al. Álcool em vítimas de suicídio em São Paulo. Rev. psiquiatr. Clín., São Paulo, v. 35, supl. 1, p. 13-16, 2008 .

MENINGITE BACTERIANA AGUDA NA INFÂNCIA – UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Luiza Magalhães Zamith, Mariangela Ramos Nunes, Hugo Andrade Oliveira, Nathalia Corrêa Cardoso de Oliveira, Raíssa de Oliveira Amorim, Francisco Tavares Guimarães

INTRODUÇÃO

A meningite bacteriana aguda é uma doença infecciosa com alta incidência em crianças. Neste contexto, é de suma importância o diagnóstico clínico precoce e a intervenção imediata com antibioticoterapia, enquanto são analisados os demais exames para confirmação da doença (SOPERJ, 2012). Na infância, os principais agentes etiológicos bacterianos diferem de acordo com a faixa etária. No período neonatal (até 28 dias de vida) são predominantes: *Escherichia coli*, *Streptococcus agalactiae*, *Listeria monocytogens*. De um a três meses: *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*. De três meses a cinco anos: *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae* (SBP, 2016). O quadro clínico varia desde febre, prostração, irritabilidade e abaulamento das fontanelas em recém-nascidos e em crianças menores, até sinais de irritação meníngea em crianças maiores. O tratamento baseia-se na antibioticoterapia, sendo indicado ampicilina e gentamicina para crianças até três meses e ceftriaxone para maiores de três meses (KLIEGMAN et al, 2014)

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

A meningite bacteriana aguda é responsável por uma alta taxa de morbimortalidade na população pediátrica, sendo uma das dez maiores causas de morte por doenças infecciosas no mundo, principalmente nessa faixa etária.

O presente trabalho tem por objetivo revisar os aspectos essenciais da fisiopatologia, diagnóstico e tratamento da meningite bacteriana aguda.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica onde foram utilizadas as bases de dados: LILACS, SciELO, PUBMED, além de livros e manual do Ministério da Saúde para o

desenvolvimento do estudo. As palavras chaves utilizadas foram: “*Meningites bacterianas*”, “*Neisseria meningitidis*” e “crianças”.

Os critérios de inclusão foram artigos completos e publicados a partir de 2010, com exceção de um artigo de 2001, utilizado devido a sua relevância. Todos os artigos foram retirados da base de dados SciELO e livros alocados na biblioteca do UNIFESO que estavam relacionados com o tema e o objetivo do estudo. O critério de exclusão foram artigos e livros que não se relacionavam ao tema ou publicados fora do período determinado.

RESULTADOS

O resultado das buscas nas bases de dados foram: SciELO 6 artigos com a palavra-chave “*Meningites bacterianas*”, 74 com “*Neisseria meningitidis*” e 7754 com “crianças”. No PUBMED 1778 artigos com a palavra-chave “*Meningites bacterianas*”, 2697 com “*Neisseria meningitidis*” e 585801 com “crianças”. No LILACS 59 artigos com a palavra-chave “*Meningites bacterianas*”, 96 com “*Neisseria meningitidis*” e 22183 com “crianças”.

A amostra foi constituída de 6 artigos, sendo todos pertinentes ao tema e dois livros. Dentre os artigos, quatro tratavam de diagnóstico, um de fator de risco e complicações, um de etiopatogenia. Um Guia de Vigilância Epidemiológica de 2009 do Ministério da Saúde para doenças infecciosas abordando todo o tema (principais agentes etiológicos, aspectos epidemiológicos, quadro clínico, diagnóstico e tratamento). Dois livros, sendo um de rotinas de diagnóstico e tratamento de doenças infecciosas, um tratado de Pediatria e uma diretriz da Sociedade Brasileira de Pediatria de 2016.

DISCUSSÃO

A meningite é uma síndrome que se caracteriza por febre, principalmente, cefaleia intensa, náusea, vômito, rigidez de nuca, prostração e confusão mental, sinais de irritação meníngea, além de alterações no líquido cefalorraquidiano. Nas crianças é uma emergência importante, porém seu diagnóstico nem sempre é muito fácil, principalmente naqueles com idade inferior a 18 meses, uma vez que os sinais de irritação meníngea não estão presentes. (MINISTERIO DA SAÚDE)

É importante atenção e procura de sinais que possam levar ao diagnóstico imediato e início da antibioticoterapia precoce a fim de evitar a mortalidade. A febre é o sintoma mais comum que levam as crianças a emergência e o principal aspecto para que seja realizado o diagnóstico de meningite. Segundo uma pesquisa realizada em Dhaka, Bangladesh, em que foram avaliadas uma amostra sistemática de 669 crianças doentes de 2 a 59 meses que procuraram a emergência, a febre foi o sinal mais sensível. Foi constatado que todas as crianças que preenchem o critério de quadro de doença febril muito severa foram diagnosticadas corretamente. Este quadro cursa com temperatura axilar igual ou maior que 37,5° C e qualquer sinal de perigo (incapaz de beber ou amamentar, ou vomita tudo, ou convulsões, ou anormalmente sonolento ou difícil de acordar) ou rigidez de nuca. (FACTOR, S.H. et al., 2001)

TABLE 1. Three Main Protocols for the Management of the Well-Appearing Febrile Infants With an Otherwise Normal Physical Examination

	Philadelphia ⁸	Rochester ⁹	Boston ¹⁰
Age, d	29–60	<60	28–89
Temperature, °C	≥38.0*	≥38.0	≥38.0
Laboratory parameters indicating low-risk status	<ul style="list-style-type: none"> • WBC <15,000/μL • Band-neutrophil ratio <0.2 • UA < 10 WBCs/HPF • Urine Gram stain negative • CSF <8 WBCs/μL • CSF Gram stain negative • Chest x-ray without infiltrate (if obtained) • Stool without blood, few or no WBCs on smear, if diarrhea 	<ul style="list-style-type: none"> • WBC >5000 and <15,000/μL • Absolute band count <1500/μL • UA ≤10 WBCs/HPF • Stool ≤5 WBCs/HPF on smear, if diarrhea • Chest x-ray negative, if indicated 	<ul style="list-style-type: none"> • WBC <20,000/μL • UA <10 WBCs/HPF • CSF <10 WBCs/μL • Chest x-ray negative, if obtained
Recommendations for low-risk patients	Home No antibiotics Follow-up required	Home No antibiotics Follow-up required	Home Antibiotics administered Follow-up required
Reported statistics			
Sensitivity	100% [†]	92%	Not available
Specificity	27% [†]	50%	95%
PPV	13% [†]	12%	Not available
NPV	100% [†]	99%	Not available

*Of note, the initial description of the Philadelphia protocol used a temperature of 38.2°C or higher for inclusion in the study and standard evaluation included urine bright-field microscopy.⁷ A later article by the authors used a temperature of 38.0°C or higher. No mention of bright-field microscopy was made.⁸

[†]As calculated from the 1999 article.⁸

HPF indicates high-power field; PPV, positive predictive value; NPV, negative predictive value; UA, urinalysis.

Para sistematizar e agilizar os atendimentos foram criados diversos protocolos a fim de se avaliar o quadro febril e descartar aquelas crianças com baixo risco, além de evitar punções lombares e antibioticoterapia desnecessárias. Os mais conhecidos são os Philadelphia, Rochester e Boston. Eles levam em consideração a idade, temperatura, parâmetros laboratoriais e exames de imagem indicadores de baixo risco, como contagem de células brancas, contagem de neutrófilos, microscopia de sedimento urinário com

contagem de leucócitos, análise do líquido, raios-X de tórax. Os parâmetros estão apresentados na Tabela 1. Um estudo comparou os três protocolos e avaliou a sensibilidade, especificidade dentre outros aspectos de cada um: (MEEHAN III., W.P., et al., 2010)

A principal diferença entre eles é a necessidade de punção lombar, que não é preconizado somente pelo protocolo de Rochester (SCARFONE, R., et al., 2017). Cada protocolo, entretanto, apresenta vantagens e desvantagens:

- O protocolo de Rochester tem como vantagens seu uso em pacientes com menos de 28 dias e não requer punção lombar. Porém, os pacientes devem ser lactantes a termo e sem condições médicas.
- O protocolo de Philadelphia e de Boston podem ser usados em lactentes pré- termo ou com alguma condição médica, porém só podem ser usados naquelas crianças com idade maior ou igual a 28 dias. (CIOFFREDI, LA., et al., 2016)

CONCLUSÕES

Conclui-se que o diagnóstico precoce é a melhor maneira de se diminuir a morbimortalidade desse acometimento grave. O protocolo de Rochester apresentou um nível de sensibilidade e especificidade aceitáveis, além de ser um método de mais fácil acesso, uma vez que não requer a punção lombar. Procedimento que apresenta riscos e que para sua realização necessita de profissionais tecnicamente qualificados, material e estrutura, que nem sempre são disponíveis nas unidades de saúde.

REFERÊNCIA

ANTONIUK, Sérgio A. et al. Childhood acute bacterial meningitis: risk factors for acute neurological complications and neurological sequelae. *Jornal de Pediatria*, [s.l.], v. 87, n. 6, p.535-40, 18 out. 2011. *Jornal de Pediatria*. <http://dx.doi.org/10.2223/jped.2138>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 7. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 816 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CIOFFREDI, LA., et al. Evaluation and management of febrile children A review. JAMA Pediatrics, v. 170, n. 8, p. 794-800, 2016.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro. 2016

FACTOR, S. H. et al. Diagnosis and management of febrile children using the WHO/UNICEF guidelines for IMCI in Dhaka, Bangladesh. Bulletin of the World Health Organization, v. 79, n. 12, p. 1096-1105, 2001.

FOCACCIA, R. Veronesi: Tratado de Infectologia. 3o edição. São Paulo: Atheneu, 2005

MEEHAN III, William Paul; FLEEGLER, Eric; BACHUR, Richard G. Adherence to guidelines for managing the well-appearing febrile infant: assessment using a case-based, interactive survey. Pediatric emergency care, v. 26, n. 12, p. 875-880, 2010.

NELSON. Tratado de Pediatria - Richard E. Behrman, Hal B. Jenson, Robert Kliegman. 19ª Edição. Elsevier. 2013.

Revista de pediatria SOPERJ. Meningite Bacteriana Aguda-v.13, nº 2, p. 72-76, dez 2012.

SCARFONE, R., et al. Lumbar puncture for all febrile infants 29-56 days old: A retrospective cohort reassessment study. Journal of Pediatrics, v.187, p. 200-205, 2017.

O ZIKA VÍRUS CAUSA MICROCEFALIA?

Manuela Machado de Lima, Rafael Silva Leal, Luíza Torres Troncoso e Lorena Pontes,
Orientador: Prof. Dr. Bruno Rosa

INTRODUÇÃO

Em 2014 a incidência de casos de microcefalia levou a OMS decretar estado de alerta por uma suspeita relação dos casos de microcefalia com o Zika vírus. É provável que no mesmo ano a doença tenha adentrado no Brasil e se disseminado na região Nordeste, primeiro estado a relatar possíveis surtos do vírus. Em novembro de 2015, o Ministério da Saúde do Brasil (MS), se manifestou propondo que o vírus poderia ter sido transmitido aos fetos via transplacentária das grávidas infectadas.

Historicamente, o Zika V foi isolado em macacos Rhesus febril em 1947, na floresta africana “Zika”, localizada em Uganda. Os primeiros casos de infecção humana ocorreram na década de 60, no mesmo país.

A principal forma de transmissão é vetorial pelo mosquito do gênero Aedes, predominantemente no ciclo urbano o *A. aegypti*. Outras formas de contágio, como leite e saliva, devem ser consideradas, uma vez que foi observado sorologia positiva para Zika V no leite materno e saliva do bebê e da mãe, porém sem capacidade de causar a doença.

O quadro clínico do Zika V é caracterizado por febre aguda menor que 38,5°C, exantema, mialgia, artralgia, edema nas articulações, prurido e conjuntivite não purulenta em alguns casos. Contrastando com outras doenças exantemáticas (dengue, Chikungunya e sarampo), a clínica do Zika V é mais acentuada.

A grande preocupação da infecção pelo Zika V é a microcefalia associada a quase completa ausência de giros e calcificações multifocais no córtex e subcórtex da matéria branca.

Essa revisão tem como justificativa a grande relevância médica da transmissão do Zika V ocorrer pelo vetor também causador da dengue, febre Chikungunya e febre amarela e sua possível causa de microcefalia.

O objetivo desse trabalho é esclarecer, através da revisão literária, refutar ou retificar, de que maneira o Zika V pode estar associado a ocorrência de microcefalia, evidenciando impacto na saúde pública.

METODOLOGIA

A execução desta revisão bibliográfica, foi fundamentada na busca de artigos em base de dados bibliográficos como PubMed, BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online), que são bibliotecas eletrônicas que contém modelo de revistas de acesso livre e restrito.

Além disso, também foram utilizados como bibliografia o livro Moore - Embriologia clínica (2008) e o Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika – Ministério da saúde (2015).

As palavras chaves utilizadas para diligências ou recuperação dos artigos foram: Microcefalia, Zika vírus e Gravidez. Os critérios de inclusão dos artigos basearam-se na relação da infecção do Zika V como causador de microcefalia, enquanto o critério de inclusão do livro baseou-se na compreensão do desenvolvimento embrionário do sistema nervoso central (SNC).

RESULTADOS

Os artigos utilizados para esta revisão, na sua totalidade, todas as mulheres grávidas haviam tido erupção cutânea, ou outros sintomas de Zika. As características morfológicas das placentas apresentaram fibrose multifocal e hiperplasia concêntrica da parede muscular das vilosidades, associado à calcificação do estroma e vasculite gonadotrofina focal. Além disso, grande parte das placentas eram pequenas para a idade gestacional.

Nos exames laboratoriais o RNA do vírus foi encontrado na urina e no sangue das gestantes, bem como no líquido amniótico e no sangue do cordão umbilical.

A microcefalia foi constatada em todos os artigos revisados, além do que, em alguns casos descritos foram encontrados certo grau de acometimento cerebelar e tronco cerebral de tamanho reduzidos, ausência de giros quase que completa, presença de hidrocefalia interna dos ventrículos laterais, e numerosas calcificações na área cortical e subcortical, assim como a destruição tissular de sua migração. Também houve disfunção da migração neuronal nos hemisférios cerebrais e cerebelares, além da presença de displasia cortical cerebelar. Somado a isso, gânglios basais e tálamos eram malformados ou pequenos. Lesões oculares também foram constatadas nos recém-nascidos desta revisão.

É importante ressaltar, que a relação da microcefalia com o Zika V ainda é muito recente, e o estudo mais apropriado para melhor compreensão deste fato deveria ser o

estudo de coorte por apresentar maior acurácia, porém ainda não foram elaborados estudos desse porte para melhor entendimento da correlação microcefalia e Zika V.

DISCUSSÃO

A microcefalia por ser a mais temida complicação neurológica associada a infecção por Zika V é caracterizada pela redução do perímetro cefálico, comumente causada por um processo inapropriado durante a neurogênese fetal e/ou destrutivo das células neuronais. De acordo com a OMS, os recém-nascidos com o perímetro cefálico > 2 desvios-padrão abaixo da média esperada deve ser considerado como tendo microcefalia.

A análise dos artigos revisados, apontam que há um neurotropismo na patologia da infecção e que a neurogênese fetal pode ser lesada devido à agressão viral e ativação imune, resultando na redução acentuada da massa do sistema nervoso central.

Os mecanismos neuropatológicos descritos nos artigos escolhidos para esta revisão, descreve a infecções por vírus Zika por invasão celular devido a alteração da expressão de mais de 500 genes do hospedeiro, levando ao comprometimento da capacidade de diferenciação das células progenitoras neurais e também a capacidade de indução à morte destas células. Resultando na migração disgenética, na inflamação ou na isquemia transitória, e na destruição, viabilizando à atrofia subsequente. Estes fenômenos foram associados, em grande parte, com a matéria cerebral branca e cinzenta.

Os parâmetros adotados pelo Ministério da Saúde do Brasil têm levantado diversas dúvidas, por abranger valores pouco específicos com a rejeição de diversos casos suspeitos. Isso levou à utilização dos parâmetros recomendados pela OMS, em que para meninos, o diagnóstico de microcefalia deve ser igual ou inferior a 31,9 cm e, para meninas, igual ou inferior a 31,5 cm.

É provável, que as crianças com microcefalia poderão apresentar diversas alterações vinculadas à microcefalia, bem como déficit intelectual, epilepsia, paralisia cerebral, atraso no desenvolvimento de linguagem, motor e cognitivo, além de modificações visuais e auditivas.

CONCLUSÕES

Como visto por esta revisão bibliográfica, há fortes evidências de que a infecção por Zika V efetivamente ocasiona microcefalia, ainda que de fato nem todos os casos relatados nos artigos apresentaram microcefalia, havendo outros acometimentos neurológicos ou sistêmicos, isto, por sua vez, justifica a realização de estudos futuros, para melhor compreensão desses acometimentos além da microcefalia.

Esta doença não se limita apenas a repercussões biológicas, mas também pode trazer impacto no desenvolvimento cognitivo-comportamental, bem como impacto social.

A revisão possibilitou uma melhor compreensão e ratificação fisiopatológica da relação da infecção do Zika V com a microcefalia.

REFERÊNCIAS

BRUNONI D, BLASCOVI-ASSIS SM, CALDAS OSÁRIO AA, et al. Microcefalia e outras manifestações relacionadas ao vírus Zika: impacto nas crianças, nas famílias e nas equipes de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;21(10):3297-3302.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CANGUSSU DA SILVA LR, MIRANDA DE SOUZA M. Zika virus: what do we know about the viral structure, mechanisms of transmission, and neurological outcomes? *Rev. Soc Bras. Med. Trop*. 2016;49(3):267-273.

CARVALHO NS, FREITAS DE CARVALHO B, FUGAÇA C, et al. Zika virus infection during pregnancy and microcephaly occurrence: a review of literature and Brazilian data. *Braz J Infect Dis*. 2016;20(3):282–289.

CHIMELLI L, MELO A, AVVAD- PORTARI E, WILEY CA, CAMACHO A, LOPES V, et al. The spectrum of neuropathological changes associated with congenital Zika virus infection. *Acta Neuropathol*. 2016;401-017

LAHORGUE Nunes M, CARLINI CR, MARINOWI D, et al. Microcephaly and Zika virus: a clinical and epidemiological analysis of the current outbreak in Brazil. *J Pediatrics (Rio J)*. 2016;92(3):230-240.

MLAKAR J, KORVA M, TUL N, POPOVIĆ M, POLISAK-PRIJATELI M, MRAZ J, et al. Zika Virus Associated with Microcephaly. *The New England Journal of Medicine*. 2016; 951-958

MOORE T. V. N, KEITH L. *Embriologia clínica*. Elsevier. Rio de Janeiro: 2008.

SILVA DE OLIVEIRA C, VASCONSELOS PF Costa. Microcephaly and Zika virus. *J Pediatrics (Rio J)*. 2016;92(2):103-105.

TRANSPLANTE RENAL E UMA NOVA ABORDAGEM: DIABETES MELLITUS PÓS TRANSPLANTE RENAL

Letícia Helena Jardim Junta, Giuliane Sarmet Moreira Damas dos Santos Portilho de Castro, Joseane Santos Alecrim, Getúlio Menegat

INTRODUÇÃO

O Transplante Renal é uma das principais escolhas de tratamento da Terapia de Substituição Renal, porém com essa Terapia, pode ocorrer como consequência, o Diabetes Mellitus Pós Transplante Renal (DMPT) (CRUTCHLOW, 2007). Há fatores que contribuem diretamente para o desenvolvimento desta doença, como a terapia imunossupressora, história familiar de Diabetes Mellitus tipo 2, idade, obesidade e infecção por Citomegalovírus (GHISDAL et al., 2012).

O presente trabalho visa, através de uma revisão bibliográfica, identificar os fatores de risco, visto que são imprescindíveis para que haja uma intervenção em diversos aspectos da rotina do paciente, como hábitos alimentares, medicamentos e dose adequados a serem administrados e assim, propor medidas para tentar reduzir o número de pacientes com DMPT e também reduzir o gasto do tratamento e complicações, através de uma terapia otimizada para cada perfil de portadores de DMPT.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

Promover uma revisão bibliográfica sobre o tema DMPT, discutindo o conceito, etiologia, patogenia, diagnóstico, tipos de imunossupressão pós Transplante Renal, o manejo da mesma e principalmente os fatores de risco que impactam diretamente no desfecho desta patologia.

METODOLOGIA

Foi feita uma revisão de literatura proveniente em fontes bibliográficas nacionais e internacionais com busca ativa de artigos científicos nas bases de dados PubMed, SciELO e Cochrane através das palavras NODAT, New Onset Diabetes Post Transplant, DMPT, Kidney Transplantation, Tacrolimus e Ciclosporina. Foram encontrados no total 529 artigos, sendo excluídos artigos que não abordassem no título Diabetes Mellitus Pós Transplante Renal.

RESULTADOS

A nefropatia diabética é a causa mais frequente de Insuficiência Renal Crônica terminal nos países em desenvolvimento desenvolvidos. Os altos níveis de glicose no sangue induzem a produção de colágeno, o que leva ao aumento da taxa de filtração glomerular cursando com poliúria e hipertrofia dos rins, com presença de microalbuminúria que evolui, posteriormente, para macroalbuminúria e redução da filtração glomerular. Em pacientes submetidos a transplantes renal possuem alto risco de desenvolver Diabetes. (GHISDAL et al., 2012)

Para diagnóstico de DMPT são utilizados, após Transplante Renal, os seguintes critérios: Sintomas presentes somados à glicemia Casual de concentrações ≥ 200 mg/dl, glicemia de jejum com valores ≥ 126 mg/dl, teste oral de tolerância à glicose após 2 horas (TOTG 75) ≥ 200 mg/dl ou Hemoglobina Glicada (A1C) $\geq 6,5\%$. Dentre os testes citados, não há uma padronização para rastreamento. (GOMES; COBAS, 2009). Sendo necessário, após o transplante, realizar nova triagem semanalmente nas 4 primeiras semanas, a cada 3 meses no primeiro ano e após esse período, deve-se realizar anualmente para exclusão da patologia (GHISDAL et al., 2012).

A etiologia do DMPT não é totalmente esclarecida atualmente, sendo apontada como um somatório de fatores, como os genéticos (familiar e gene *TCF7L2*), idade acima de 40 anos e as drogas imunossupressoras. Sabe-se que esses fatores, destacando as drogas de manutenção, levam a diminuição da produção insulínica e sua ação (resistência), evoluindo com Diabetes Mellitus. (GOLDMANNOVA, 2016).

DISCUSSÃO

As drogas de indução e principalmente de manutenção, utilizadas para a imunossupressão são de grande relevância no desenvolvimento da DMPT, porém mesmo assim são amplamente utilizadas e com controle muitas vezes mínimo.

A prednisona inicialmente é feita em doses supra fisiológicas com o intuito de imunossuprimir esses pacientes, conseqüentemente em altas doses levam a resistência insulínica pelo aumento da gliconeogênese que cursa com aumento na resistência periférica à insulina e diminuição da secreção de glicose pancreática. Sendo assim, o corticóide deve ser usado desde as fases iniciais porém deve ser reduzido precocemente e progressivamente até atingir uma dose mínima adequada ao paciente, de 5mg/dia (PHAM et al., 2011).

O Tacrolimus e a Ciclosporina (ambos inibidores da Calcineurina), interferem na secreção insulínica e na apoptose direta das células beta pancreáticas, ambos têm o mecanismo de ação similar, com a formação de imuno complexos. Porém, o Tacrolimus é mais potente devido ao elevado nível de proteína de ligação FK506-12 nas células beta pancreáticas. Logo, esse deveria ser o medicamento o mais utilizado, de primeira linha, levando em consideração o menor dano pancreático. Contudo, como não há protocolos, fica a critério médico o manejo dos pacientes com DMPT (HECKING et al., 2013).

Os fármacos supracitados estão vinculados ao aumento da incidência de 5-45% dessa doença nos seis primeiros meses após o transplante renal, quando são utilizadas altas doses de imunossuppressores com efeitos diabetogênicos, a fim de prevenir rejeição do órgão (BASTOS et al., 2005). Segundo artigo da American Diabetes Association (ADA) após esse tempo, a incidência anual de diabetes é similar àquela observada em pacientes em Doença Renal Terminal (~6% por ano) e pode acometer até 40% dos transplantados até o terceiro ano, segundo dados da United States Renal Data System (USRDS), o que é um dado alarmante. Essa diferença de prevalência refere-se aos diferentes conceitos de DMPT, as diferentes formas de diagnosticar, manejo da doença e conforme o tempo de estudo adotado, o que dificulta novas atualizações de consensos e protocolos universais sobre o tema (GHISDAL et al., 2012).

A triagem para o DMPT também é outro fator importante para diminuir os índices dessa patologia e assim, suas possíveis consequências, como aumento de eventos cardiovasculares principalmente nos três primeiros anos da doença, maior índice de perda do enxerto, risco de infecção, aumento da mortalidade, melhora da qualidade e expectativa de vida dos pacientes, além de reduzir o gasto governamental com essa enfermidade. (CRUTCHLOW, 2007).

CONCLUSÃO

O conceito e os conhecimentos difundidos pela American Diabetes Association em 2003 acerca da DMPT ainda é pouco propagada, gerando diferentes maneiras de conceituá-la e acompanhá-la. Logo, é essencial uma análise dos fatores de riscos no qual o paciente é exposto, com o intuito de definir a melhor escolha terapêutica.

Diante do exposto é fundamental a detecção desta patologia o mais precoce, visto que possui uma alta morbimortalidade e impacta diretamente na qualidade e expectativa de vida dos portadores de DMPT.

REFERÊNCIAS

BASTOS JR., Marco A.V. et al. Fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes mellitus pós-transplante renal. Arq. Bras. Endocrinol. Metab., São Paulo, v. 49, n. 2, p. 271-277, Apr. 2005.

CRUTCHLOW, Michael F.; BLOOM, Roy D. Transplant-Associated Hyperglycemia: A New Look at an Old Problem. Clinical Journal of American Society of Nephrology, v. 2, n. 2, p. 343-355, Mar. 2007.

GHISDAL, Lidia et al. New-Onset Diabetes After Renal Transplantation. Diabetes Care, v. 35, n.1, p. 181-188. Jan. 2012.

GOLDMANNOVA, Dominika et al. New-onset diabetes mellitus after renal transplantation. Biomed Pap Med Fac. Univ. Palacky Olomouc. Czech Repub., v. 160, n.2, p. 195-200. Jun. 2016.

GOMES, Marília B.; COBAS, Roberta A. Post-transplant diabetes mellitus. Diabetology & Metabolic Syndrome, v.1, n.14, p.1-14. Oct. 2009.

HECKING, Manfred et al. Novel views on new-onset diabetes transplantation: development, prevention and treatment. Nephrol Dial Transplant. v.28, n.3, p.550-566. Jan. 2013.

PHAM, Phong-Thu T et al. New onset diabetes after transplantation (NODAT): an overview. Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and therapy. v.4, p.175–186. May. 2011.

TRANSPOSIÇÃO DAS GRANDES ARTÉRIAS (TGA): UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Rebeca Cristina da Silva Mendonça, Thiago da Rosa Granito, Amanda Rubim Costa, Laura Vargas Rosestolato Hoffmann, Maria Carolina Barbosa Mendonça Gleyce Padrão (orientador e coordenador)

INTRODUÇÃO

Este estudo foi elaborado a fim de discutir as principais dificuldades no diagnóstico de Cardiopatias Congênitas, especialmente a Transposição das Grandes Artérias (TGA), a importância da sua identificação precoce para a realização do tratamento imediato e consequente diminuição da mortalidade perinatal.

A TGA consiste na total inversão dos sítios de inserção dos vasos de base: Artéria Aorta e Tronco Pulmonar, originando duas circulações paralelas, o que se torna incompatível com a vida extrauterina, necessitando de diagnóstico precoce durante o pré-natal e intervenção cirúrgica logo após o parto.

Na atenção primária pré-natal a avaliação cardiológica fetal não é estendida para toda a população, necessitando de indicadores de risco para o encaminhamento e realização de exames, o que contradiz com a real necessidade de aplicação da ecocardiografia com Doppler Fetal nos casos de TGA, visto que a mesma pode se desenvolver tanto em gestações de alto risco, quando de baixo risco, já que não existem fatores de predisposição relacionados.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

Esta revisão bibliográfica tem por objetivo relatar a importância da realização do Eco Doppler Fetal para o diagnóstico da TGA durante o pré-natal.

Segundo Rivera et al (2007) não existe dúvida sobre a real importância da ecocardiografia para o diagnóstico das cardiopatias congênitas. Estudos iniciais de incidência demonstram taxas de aproximadamente 8:1.000 a 9:1.000 recém-nascidos vivos, porém após disponibilidade de estudo ecocardiográfico esse número pode ter aumentado discretamente. No presente estudo realizado, foi observada prevalência de cardiopatia congênita de aproximadamente 13,2:1.000 recém-nascidos vivos.

A TGA é uma das principais cardiopatias congênitas de frequente ocorrência e difícil diagnóstico. Consiste na total e completa inversão dos vasos da base (artéria aorta

e tronco pulmonar) onde os mesmos se inserem de forma inversa nos seus sítios, dando origem a duas circulações paralelas no corpo, uma com sangue arterial/oxigenado e outra venoso/não oxigenado.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo de cunho descritivo em formato de revisão sistemática da literatura médica e cardiológica sobre o tema, abrangendo o período de 1994 a 2011. A busca de referências relevantes se fez através da exploração de bancos de dados das seguintes bases – Cardiol, MS; e dos periódicos: Braunwald, Brunner, Valente e Quilici, usando os seguintes descritores: Cardiopatias, Transposição das Grandes Artérias e Diagnóstico.

Essa revisão bibliográfica tem como fundamento avaliar a importância da realização Eco Doppler Fetal para o diagnóstico da Transposição das Grandes Artérias (TGA) no pré-natal, que necessitam de tratamento específico a fim de impedir a redução da massa muscular no ventrículo esquerdo, preservando sua eficácia, e evitar posterior óbito do recém-nascido, especificamente em gestações de baixo risco, acompanhadas por profissionais enfermeiros.

Do ponto de vista qualitativo a abordagem dialética atua em nível dos significados e das estruturas, entendendo estas últimas como ações humanas objetivadas e, logo, portadoras de significado. Ao mesmo tempo, tenta conceber todas as etapas da investigação e da análise como partes do processo possível. Assim, considera os instrumentos, os dados e a análise numa relação interior com o pesquisador, e as contradições como a própria essência dos problemas reais (Minayo, 1993).

RESULTADOS

Identifiquei nesta revisão bibliográfica controvérsias entre a necessidade da solicitação do exame Eco Doppler Fetal em gestações de baixo risco pelo enfermeiro para o diagnóstico da TGA e sua real disponibilidade no serviço de saúde e na atenção básica pré-natal.

Desta forma, a não prescrição do Eco Doppler Fetal impede o conhecimento do real estado físico/circulatório do feto, deixando de garantir a vitalidade do mesmo no período puerperal.

Segundo o Plano Operativo Anual do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG) da Universidade do Rio de Janeiro (UNIRIO) o procedimento diagnóstico nº 020502151 – Ultrassonografia Obstétrica com Doppler Colorido e Pulsado – é realizado na assistência ambulatorial de média complexidade e possui o custo de R\$ 39,60 para o SUS.

A adoção da realização deste exame nos acompanhamentos de pré-natal de alto e baixo risco possibilitaria o diagnóstico precoce da TGA, garantindo um tratamento eficaz para estes casos, o que diminuiria consideravelmente a morbi/mortalidade dos recém-nascidos portadores de cardiopatias congênitas.

DISCUSSÃO

O MS (2006) afirma que a atenção pré-natal e puerperal deve ser prestada pela equipe multiprofissional de saúde. As consultas de pré-natal e puerpério podem ser realizadas pelo profissional médico ou de enfermagem. De acordo com a Lei de Exercício Profissional de Enfermagem – Decreto nº 94.406/87 –, o pré-natal de baixo risco pode ser acompanhado pelo (a) enfermeiro (a). Desta forma, cabendo ao enfermeiro: realizar ações educativas para as mulheres e suas famílias; realizar consulta de pré-natal de gestação de baixo risco; encaminhar gestantes identificadas como de risco para o médico; realizar atividades com grupos de gestantes, grupos de sala de espera, etc.; realizar visita domiciliar, quando for o caso; fornecer o cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta; realizar coleta de exame citopatológico; e solicitar exames de rotina e orienta tratamento conforme protocolo do serviço.

Um atendimento de qualidade no pré-natal pode desempenhar um papel importante na redução da mortalidade neonatal, além de evidenciar outros benefícios à saúde materna e infantil. Várias instâncias internacionais e nacionais têm definido metas na busca de tornar as gravidezes e partos mais seguros. Uma das estratégias para o alcance desta meta é a participação de um profissional qualificado no atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal: O profissional de saúde qualificado é aquele que tenha sido educado e treinado, com proficiência nas habilidades necessárias para o cuidado e acompanhamento de gravidezes e nascimentos normais e período pós-parto imediato. (CUNHA et al, 2009).

Porém, como dito o Ministério da Saúde disponibiliza o Eco Doppler Fetal para alguns casos de gestação de alto risco, o que não abrange a real população carente deste

exame em seu pré-natal. Zielinsky (1997) diz que é fundamental lembrar que mais de 90% das malformações cardíacas ocorrem em fetos sem qualquer fator de risco. Fetos esses acompanhados por profissionais enfermeiros que são aptos a solicitar exames de rotina, específicos para as gestações de baixo risco.

CONCLUSÕES

É proposta a adoção do Eco Doppler Fetal como exame de rotina no pré-natal em todos os níveis de atenção, as gestantes de todos os níveis socioeconômicos, a fim de avaliar anormalidades cardíacas no período gestacional, garantindo assim as metas da atenção primária, diminuindo a morbimortalidade por doenças cardíacas na infância.

Desta forma, cabe ao profissional de saúde conhecer o estado cardíaco/circulatório fetal, nas gestações de baixo e alto risco, visualizando seu real estado e garantindo sua vitalidade após o nascimento, ou a necessidade de intervenção cirúrgica imediata, evitando o óbito de recém-nascidos portadores da TGA.

REFERÊNCIAS

- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual Técnico – Gestação de Alto Risco: 2010
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual Técnico – Pré-Natal e Puerpério: 2006
- BRAUNWALD, Tratado de Doenças Cardiovasculares / [editores] Douglas P. Zipes, Peter Libby, Robert O. Bonaw; [tradução de Vilma de Souza Varga, Deniza O. Futuro, Alexandre V. A. Soares]. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2006
- BRUNNER & SUDDART, Tratado de enfermagem médico-cirúrgica / [editores] Suzanne C. Smeltzer; [revisão técnica Isabel Cristina Fonseca da Cruz, Ivone Evangelista Cabral; tradução Antônio Francisco Dieb Paulo, José Eduardo Ferreira de Figueiredo, Patrícia Lydie Voeux]. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011
- CARVALHO, JS et al. Transposição das Grandes Artérias. Avaliação Ecocardiográfica. Sociedade Brasileira de Cardiologia – Cardiol: 1984
- CUNHA, MA et al. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. Rev. Escola Anna Nery vol.13 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar.: 2009
- QUILICI et al. Enfermagem em Cardiologia. – São Paulo: Editora Atheneu, 2009

LEITE, DL et al. Malformações Cardíacas Congênitas em Necropsias Pediátricas: Características, Associações e Prevalência. Sociedade Brasileira de Cardiologia – Cardiol: 2010

MIYAGUE, NI et al. Estudo Epidemiológico de Cardiopatias Congênitas na Infância e Adolescência. Análise em 4.538 Casos. Sociedade Brasileira de Cardiologia – Cardiol 2003

MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O. Quantitative and Qualitative Methods: Opposition or Complementarity? Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul. /Sep., 1993.

RIVERA, IR et al. Cardiopatia Congênita no Recém-Nascido: da Solicitação do Pediatra à Avaliação do Cardiologista. Sociedade Brasileira de Cardiologia – Cardiol: 2007

Universidade do Rio de Janeiro – UNIRIO. Plano Operativo Anual - 2009/2010 Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – HUGG 2010 documento on line, disponível em <www.unirio.br/hugg/arquivos/POA_2010.pdf> Acesso em 15 maio de 2012

VILLELA, MCK et al. Cardiopatia Congênita. Sociedade Brasileira de Cardiologia – Cardiol: 2005

ZIELINSKY P. Papel da Cardiologia Fetal na Atenção Primária Pré-natal. Sociedade Brasileira de Cardiologia – Cardiol: 1994

ZIELINSKY, P. Malformações Cardíacas Fetais. Diagnóstico e Conduta. Sociedade Brasileira de Cardiologia – Cardiol: 1997

VISITA À UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM GRANJA FLORESTAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rebeca Cristina da Silva Mendonça, Amanda Rubim Costa, Laura Vargas Rosestolato Hoffmann, Maria Carolina Barbosa Mendonça, Thiago da Rosa Granito
Rodrigo da Costa Couto (orientador e coordenador)

INTRODUÇÃO

O posto de saúde de Granja Florestal foi atingido por uma barreira após fortes chuvas ocorridas no dia 16 de janeiro de 2016 e ficou totalmente destruído. Os moradores da Granja Florestal contam com o atendimento de saúde em uma instalação provisória. Temporariamente, foi montada Unidade de Atenção Básica em um anexo da Igreja Brasil para Cristo, localizada ao lado da Escola Municipal Estado de Israel, no mesmo bairro. (PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESÓPOLIS, 2016)

Este trabalho tem por objetivo relatar as experiências vividas pelos alunos do 3º período do curso de medicina em uma visita realizada às instalações provisórias da unidade básica de saúde do bairro de Granja Florestal em Teresópolis.

RELATO DE CASO/NARRATIVA DE PRÁTICA

Durante o estágio realizamos diversas visitas domiciliares acompanhados dos agentes comunitários de saúde, o que nos possibilitou observar as necessidades apresentadas pela população, nos levando a reflexão sobre as diferentes realidades vividas.

Dentre estas, em especial, a consulta da paciente MCR, 76 anos, obesa, diabética e hipertensa. Durante sua visita, pudemos observar a dificuldade de acesso da sua moradia, devido existência de escadas, o que restringia sua mobilidade, e os hábitos alimentares da paciente, condizente com seu estado nutricional. Durante o exame físico não conseguimos aferir sua pressão arterial, pois o esfigmomanômetro convencional não servia na circunferência do seu braço. Deste modo, continuamos o atendimento através do preenchimento do formulário que nos foi entregue pelo preceptor e realizamos orientações de saúde conforme nossa capacidade acadêmica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta oportunidade permitiu reconhecer e identificar as necessidades das famílias que foram visitadas, observávamos as necessidades de cada membro da residência, garantindo a sua integralidade, além de nos levar a criar estratégias de intervenção ajustadas a realidade para o desenvolvimento de ações em saúde. Geralmente, realizávamos orientações sobre assuntos diversificados, buscando promover um viver mais saudável para aquele que estava recebendo o cuidado, dentro do contexto em que esse se encontrava.

Tendo em vista a deficiência estrutural da unidade básica de saúde de Granja Florestal e a ausência de médico na unidade, observamos o déficit assistencial vivido pelos moradores.

Após a experiência de realização de visitas domiciliares, pôde-se considerar que, é de extrema importância a inserção dos profissionais de saúde no contexto familiar, pois por meio dessas o cuidado prestado se torna efetivo, por estar de acordo com a realidade vivenciada.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde)

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESÓPOLIS – PSF Granja Florestal: Governo Garante Atendimento, 2016. Disponível em:< <http://www.teresopolis.rj.gov.br/psf-granja-florestal-governo-garante-atendimento/>>. Acesso em: 20 de nov. 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)