



Faculdades Nova
Esperança

De olho no futuro

X SEMANA DE ESTUDOS EM SAÚDE, DE EXTENSÃO E DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA 2014

ANAIIS

JOÃO PESSOA | PB

FACULDADE NOVA ESPERANÇA
Recredenciada pelo MEC: Portaria no 669, de 25/05/2011, publicada no DOU de
26/05/2011, página 18, seção 1.

ANAIS DA

X SEMANA DE ESTUDOS EM SAÚDE E
X SEMANA DE EXTENSÃO E INICIAÇÃO CIENTÍFICA

22 A 26 DE NOVEMBRO DE 2014

ORIANA DEYZE CORREIA PAIVA LEAEBAL

Coordenadora do Evento

JOAO PESSOA/PB
2014

Expediente

Diretora-presidente da Entidade Mantenedora

Kátia Maria Santiago Silveira

Diretor Vice-presidente

João Fernando Pessoa Silveira

Diretora FAMENE

Kátia Maria Santiago Silveira

Diretor FACENE

Eitel Santiago Silveira

Secretária Geral

Carolina Santiago Silveira Polaro Araújo

Secretário Adjunto

Edielson Jean da Silva Nascimento

Tesouraria

Alexandre Henrique Santiago Silveira

Biblioteca

Janaína Nascimento de Araújo – CRB15/103

Coordenação do Curso de Enfermagem – FACENE

Nereide de Andrade Virgínio

Coordenadora do Curso de Medicina – FAMENE

Gláides Moreira Cordeiro da Fonseca

Comissão Organizadora do Evento

Oriana Deyze Correia Paiva Leadebal

Carolina da Cunha Lima de Mendonça Pedrosa

Alessandro Borborema Brito

Nereide de Andrade Virgínio

Cláudia Germana Virgínio de Souto

Gláides Moreira Cordeiro da Fonseca

Carolina Santiago Silveira Polaro de Araújo

Edielson Jean da Silva Nascimento

Cyelle Carmem Vasconcelos Pereira

Comissão Científica

Oriana Deyze Correia Paiva Leadebal

Carolina da Cunha Lima de Mendonça Pedrosa

Maria do Socorro Gadelha Nóbrega

Mikaela Dantas Dias Madruga

Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro

Eva Porto Bezerra

Rossana de Roci Alves Barbosa Costa

Adriana Lira Rufino de Lucena

Cyelle Carmem Vasconcelos Pereira

Rosa Rita da Conceição Marques

Arte

Andeylson David da Silva Pontes

Divulgamos a seguir os trabalhos apresentados na X Semana de Estudos em Saúde
X Semana de Extensão e Iniciação Científica.

O conteúdo dos resumos é exclusivamente de responsabilidade dos autores.

João Pessoa, novembro de 2014.

Lista de Trabalhos

Pôster dialogado

1-AVALIAÇÃO DO PERFIL LIPÍDICO E GLICÊMICO DO PACIENTE DIABÉTICO IDOSO NO CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO – CAISI

NETO, João Dionísio Pereira (Relator)

2-CABEÇAS SUPRANUMERÁRIAS DO BÍCEPS BRAQUIAL: REVISÃO DA LITERATURA

SILVA NETO, Eulâmpio José da (Relator)

3-RELATO DE EXPERIÊNCIA: IMPORTÂNCIA DE AÇÕES EDUCATIVAS ENVOLVIDAS COM A RECICLAGEM DENTRO DO CAMPO DA SAÚDE

COSTA, Wagner Wanderley (Relator)

4-TECNICAS DE DIAGNÓSTICOS DAS ENTEROPARASITOSE E INFECÇÕES BACTERIANAS DO TRATO GASTROINTESTINAL

PEQUENO, Candice Pinheiro (Relatora)

5-VIVÊNCIAS SEXUAIS DE IDOSAS FREQUENTADORAS DE UM GRUPO DE CONVIVÊNCIA

OLIVEIRA, Ludmila Barbosa (Relatora)

6-ASPECTOS FISIOLÓGICOS E TERAPÊUTICOS DA SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

MAIA, Andréa dos Santos da Silva (Relatora)

7-DIAGNÓSTICO CLÍNICO E LABORATORIAL DE DOENÇAS PROVOCADAS POR TRICHOMONAS E GARDNERELLA VAGINALIS

MEDEIROS, Arleide Andrade (Relatora)

8-SAÚDE DA MULHER NA RODA: PROJETO DE EXTENSÃO DIALOGA SOBRE PREVENÇÃO NA COMUNIDADE

MOROPO, Jaqueline Maria Balbino (Relatora)

9-ILEOSTOMIA (ESTOMA INTESTINAL): UMA REVISÃO DE LITERATURA

SILVA, Adrienne dos Santos (Relatora)

10-ARTETERAPIA COMO DISPOSITIVO TERAPÊUTICO EM GRUPO DE GESTANTES: RELATO DE EXPERIÊNCIA

SILVA, Ana Carla Bezerra da (Relatora)

11-TRATAMENTO DAS ENTEROPARASITOSE E INFECÇÕES BACTERIANAS DO TRATO GASTROINTESTINAL

MACIEL, Raissa M. C. Carneiro (Relatora)

12-RESISTÊNCIA AOS ANTIBIÓTICOS: SOBRE UM OLHAR DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

BATISTA FILHO, José Josias de Carvalho (Relator)

13-A ESTRATEGIA DO PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO COMO FORMA DE

INCLUSÃO DE MULHERES NA USF IPIRANGA: RELATO DE EXPERIÊNCIA
LEITÃO, Luanna Polari (Relatora)

14-PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE INTOXICAÇÃO ALIMENTAR POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS E GIARDIA SP.: REVISÃO LITERÁRIA
BARBOSA, Gabriela Farias (Relatora)

15-VASECTOMIA EM CADÁVER: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICOS DE MEDICINA
CELANI, Kíssia Roberta de Luna (Relatora)

16-DEMONSTRAÇÃO DO TRAJETO DA INTUBAÇÃO NASOTRAQUEAL EM CADÁVER ADULTO
VIEIRA, Isadora Ísis Fernandes (Relatora)

17-A COMPRESSÃO DO NERVO MEDIANO NA SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO
GALIZA, Brenda Gonçalves de (Relatora)

18-USO ABUSIVO DOS ANTIBIÓTICOS: PRINCIPAL RESPONSÁVEL PELA RESISTÊNCIA MICROBIANA
ALMEIDA, Kaique Ferreira Costa de (Relator)

19-TRANSPLANTE DE PÂNCREAS NO DIABETES MELLITUS TIPO I
LIMA, Ana Clara Souza (Relatora)

20-AVALIAÇÃO DAS COMPLICAÇÕES CRÔNICAS MAIS PREVALENTES EM PACIENTES IDOSOS DIABÉTICOS ASSISTIDOS PELO SERVIÇO DE ENDOCRINOLOGIA DO CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO – CAISI, NA CIDADE DE JOÃO PESSOA – PB
MENDONÇA, Amanda Maria Leite (Relatora)

21-AVALIAÇÃO DA LESÃO RENAL AGUDA E DO BALANÇO HÍDRICO COMO PREDITORES DE MORTALIDADE EM PACIENTES GRAVEMENTE ENFERMOS
MENDONÇA, Amanda Maria Leite (Relatora)

22-SÍNDROME DE WALLEBERG: RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ASSOCIADA AO QUDRO CLÍNICO
LACERDA, Nereu Alves (Relator)

23-MENINGITE MENINGOCÓCCICA. UM ENFOQUE PROFILÁTICO
MELO, Gabriela Puziski Ferreira de (Relatora)

24-FABRICAÇÃO DE SABÃO COM USO DE RESTOS DE ÓLEO ALIMENTÍCIO
ALVES, Pedro Victor Menezes (Relator)

25-SALMONÉLOSE E GIARDIASE: ALGUNS ASPECTOS EM COMUM
DINIZ, Daniela Jales Dantas (Relatora)

26-DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM UMA PENITENCIÁRIA FEMININA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA
SANTOS, Maxson Bruno Paiva Silva (Relator)

27-REALIZAÇÃO DE PAPANICOLAU EM APENADAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA
ABREU, Aline Karen Marques (Relatora)

28-ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL EM APENADAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA
SOUZA, Aline Sampaio de (Relatora)

29-AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS PARTICIPANTES DO GRUPO DE CONVIVÊNCIA
DURAND, Ana Luiza Batista (Relatora)

30-SATISFAÇÃO DE IDOSOS EM RELAÇÃO À QUALIDADE DE VIDA.
AMARAL, Jamillys Cruz do Amaral (Relatora)

31-PREVALÊNCIA DA OBESIDADE EM IDOSOS
GOMES, Clarissa Leite de Menezes Ferraz (Relatora)

32-DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS DIARREIAS INFECCIOSAS AGUDAS
VILLARIM, Luíza Alves Monteiro Torreão (Relatora)

33-EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA: GRUPO DE DISCUSSÃO E INTEGRAÇÃO DE ADOLESCENTES EM PROMOÇÃO DA SAÚDE POR OFICINAS TEMÁTICAS
MARQUES, Jucyleia Oliveira (Relatora)

34-PROFILAXIA DAS ENTEROPARASIToses ATRAVÉS DE UM ENFOQUE LÚDICO
NETO, Juarez Silvestre (Relator)

35-AVALIAÇÃO DO MEDO EM IDOSOS ACERCA DO RISCO DE QUEDAS DOMICILIARES
BAÍA, Rodrigo Vergetti (Relator)

1-AVALIAÇÃO DO PERFIL LIPÍDICO E GLICÊMICO DO PACIENTE DIABÉTICO IDOSO NO CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO – CAISI¹

Fernando José Lianza Dias Filho²

João Dionísio Pereira Neto³

Danielle Albino Rafael Matos⁴

Marivânia da Costa Santos⁴

Resumo

Diabetes Mellitus tipo 2 é uma desordem metabólica de etiologia múltipla, caracterizada por hiperglicemia crônica, com distúrbios no metabolismo dos carboidratos, gorduras e proteínas, originários de uma defeituosa secreção e/ou ação da insulina nos tecidos alvos. Esses pacientes apresentam risco de morte 3 vezes maior que a população geral e principalmente por complicações cardiovasculares. O risco dessas complicações é proporcional à hiperglicemia persistente e a estratégia de prevenção baseia-se em um controle metabólico terapêutico e acompanhamento com hemoglobina glicada. O presente trabalho trata-se de uma pesquisa de Coorte, tipo documental prospectiva, explicativa e descritiva com abordagem quantitativa. Foram encontrados, dentre a população selecionada, as seguintes alterações: 75% apresentavam glicemia de jejum alterada, 63% HbA1c, 48% colesterol total, 54% LDL, 47% HDL e 48% com alterações no triglicérides. Dentre os pacientes com HbA1c elevadas 64,7% tinha alteração no triglicérideo; 58,3% no colesterol total; 62,9% no LDL e 63,8% no HDL.

Palavras-chave: diabetes mellitus, dislipidemia, saúde do idoso.

¹ Projeto de Pesquisa

² Discente da Faculdade de Medicina Nova Esperança- FAMENE. End.: rua Dr. Seixas Maia, 135 apt. 402, Manaíra, João Pessoa-PB. cep 58038-080 Email: amandamedicina@hotmail.com.

³ Discente da Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE.

⁴ Docentes da disciplina de Endocrinologia da Faculdade de Medicina Nova speranza - FAMENE.

2-CABEÇAS SUPRANUMERÁRIAS DO BÍCEPS BRAQUIAL: REVISÃO DA LITERATURA

Igor Souza Pessoa Da Costa¹
Cynthia Karina De Mesquita Costa²
Nereu Alves Lacerda³
Eulâmpio José da Silva Neto⁴

Resumo

O músculo bíceps braquial possui duas cabeças. Em termos de número e morfologia de cabeças, ele é o músculo que mais varia no corpo humano. As cabeças supranumerárias podem resultar em um aumento da força na supinação e flexão do antebraço. Elas podem causar uma compressão neurovascular de estruturas porque estão em contato íntimo com a artéria braquial e o nervo mediano. Variações anatômicas do bíceps braquial têm sido descritas por vários autores, mas a literatura, artigos de revisão, sobre a temática ainda é escassa. Três, quatro, cinco ou seis cabeças originam-se do corpo do úmero onde se insere o coracobraquial e se inserem na parte distal da cabeça curta do bíceps braquial. A compreensão da existência das cabeças supranumerárias podem influenciar no diagnóstico pré-operatório e na cirurgia do membro superior.

Palavras-chave: bíceps braquial, cabeças supranumerárias, variação.

Introdução

O músculo bíceps braquial pertence ao grupo de flexores do membro superior, cruzando as articulações do ombro e do cotovelo, atuando em ambas. Entre as duas cabeças clássicas, a cabeça longa passa pelo sulco intertubercular do úmero e por dentro da cápsula articular para se inserir no tubérculo supraglenoidal da escápula, já a cabeça curta origina-se no ápice do processo coracóide. Ambas, logo se fundem na metade inferior do braço para formar o tendão do músculo bíceps braquial. O suprimento e inervação são feitos pela artéria braquial e circunflexa anterior do úmero e nervo musculocutâneo, respectivamente.

Este músculo é um músculo de cabeça dupla em que se observa a frequência de cabeças supranumerárias anômalas, que podem ser de três, quatro ou até sete ^[2-4], mas a variação mais comum é a de três cabeças. Essa variação está presente em 9 - 22% da população ^[1]. As cabeças supranumerárias do bíceps possuem grande importância clínica, podendo causar compressão das estruturas neurovasculares e também confundir os cirurgiões e traumatologistas se eles não estiverem atentos a essa variação, pois a região é percorrida pelo plexo de nervos do membro superior, entre estes, os nervos musculocutâneo e mediano e pelas artérias que irrigam o membro superior, entre elas, a artéria braquial e braquial profunda, que também podem ser afetadas pelas cabeças supranumerárias ^[5]. Embora bastante descrita na literatura, a bilateralidade desse variação é considerada rara. Recentemente observamos uma dessas variações em dissecações de cadáveres.

¹ Acadêmico do 4º período do Curso de Medicina, Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa, Paraíba). E-mail: igor_pessoa_@hotmail.com

² Acadêmico do 3º período do Curso de Medicina, Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa, Paraíba).

³ Acadêmico do 4º período do Curso de Medicina, Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa, Paraíba).

⁴ Médico Veterinário, Doutor em Anatomia Comparada. Professor da Universidade Federal da Paraíba - UFPB-Brasil (Centro de Ciências da Saúde – CCS).

Projeto de Pesquisa vinculado à Monitoria

Assim esse trabalho objetivou informar a existência de cabeças supranumerárias no músculo bíceps braquial e destacar a importância do conhecimento dessa variação, devido à relevância clínica e cirúrgica e a pequena quantidade de estudos desenvolvidos a respeito.

Método

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica utilizando a base de dados do banco online SCIELO através de artigos relevantes para subsidiar a produção dessa revisão de literatura durante o primeiro semestre de 2014. Primeiramente, uma busca minuciosa através de livros e artigos científicos foi desencadeada para a aquisição de conhecimento referente às variações anatômicas no número de cabeças do músculo bíceps braquial. Destaca-se a escassez de materiais literários relacionados a esse assunto, principalmente no Brasil, sendo a maioria dos artigos utilizados proveniente dos Estados Unidos.

Resultados e discussão

O aparecimento de mais de duas cabeças no músculo bíceps braquial é observada em alguns trabalhos existentes, mesmo que em pouca quantidade. Ele é considerado o músculo mais variável do corpo humano. A variação mais comum é a terceira cabeça, que se origina da borda medial e adjacente da face antero-medial do úmero, ao lado do músculo braquial e distal à inserção do coracobraquial. Essa cabeça anômala se funde à superfície profunda do tendão do músculo bíceps braquial, bem como à aponeurose bicipital. Entretanto, também já foram observados casos de quarta, quinta e até sétima cabeças. Essas cabeças supranumerárias podem ser significativas na produção de flexão do cotovelo e supinação do antebraço, aumentando o poder de cinemática do bíceps. Podem, ainda, causar compressão de estruturas neurovasculares, por causa de sua estreita relação com o nervo mediano e a artéria braquial, medialmente à terceira cabeça, e o nervo musculocutâneo, entre a terceira cabeça e o tendão usual do bíceps braquial.

Um estudo realizado por Cheema, em 2011, mostrou uma baixa incidência da aparição de uma terceira cabeça desse músculo na população do norte da Índia. Nele foram encontrados três bíceps variantes, unilateralmente, braço esquerdo, e em cadáveres do sexo masculino. Essa variação é innervada pelo nervo musculocutâneo, como ocorre na normalidade^[6].

O fato de existir esse estudo mostrando que as variações encontradas no norte da Índia foram vistas apenas no braço direito, não prova exclusividade. Também em 2011, Lee et. al. mostraram em seu estudo um importante achado para o trabalho dos cirurgiões que realizam procedimentos nos membros superiores, cabeças supranumerárias bilaterais assimétricas. Ele observou três cabeças a mais no braço direito e uma terceira no esquerdo. Isso mostra que os cirurgiões não podem ficar com um único conhecimento anatômico em relação a esse músculo, que por, em alguns casos, ser extremamente variável, pode dificultar o trabalho^[7].

Considerações finais

O presente trabalho foi uma tentativa de esclarecer certos aspectos sobre as variações que podem ocorrer no músculo bíceps braquial, principalmente aquelas relativas a uma terceira cabeça, e esclarecer a importância dessa temática para a clínica, bem como sua utilidade do ponto de vista acadêmico e cirúrgico.

A observação dessas variações nos dois braços se faz muito importante, pois o risco de lesões iatrogênicas tende a ser menor com o conhecimento prévio da existência de tais variações por parte do cirurgião.

A partir dessa análise pode-se começar a estudar a anatomia humana com outros olhos, procurando não só o que está nos livros básicos, mas indo a busca de todas as possíveis variações que possam acontecer no corpo humano. Chegar a todas elas é um pouco utópico, mas quanto mais conhecimento sobre elas tivermos mais serão os benefícios para a saúde.

Referências

BERGMAN, R.A.; THOMPSON, S.A.; AFIFI, A.K.; SAADEH, F.A. **Compendium of human anatomic variation**. Baltimore-Munich: Urban &Schwarzenberg, 1988. p.11.

CHEEMA, P.; SINGLA, R. **Low Incidence of the Third Head of the Biceps Brachii in the North Indian Population**. Journal of Clinical and Diagnostic Research 2011;5(7):1323-1326.

EL-NAGGAR, M.M.; ZAHIR, F.I. **Two bellies of the coracobrachialis muscle associated with a third head of the biceps brachii muscle**. Clin. Anat., 2001; 14:379-82.

KOSUGI, K.; SHIBATA, S.; YAMASHITA, H. **Supernumerary head of biceps brachii and branching pattern of the musculocutaneous nerve in Japanese**. Surg Radiol Anat, 1992;14:175-85.

LEE, S.E.; JUNG, C.; AHN, K.Y.; NAM, K.I. **Bilateral asymmetric supernumerary heads of biceps brachii**. Anatomy and Cell Biology, 2011;44:238-240.

RODRÍGUEZ-NIEDENFÜHR, M.; VÁZQUEZ, T.; CHOI, D.; PARKIN, I.; SAÑUDO, J.R. **Supernumerary humeral heads of the biceps brachii muscle revisited**. Clin Anat, 2003;16:197-203.

WARNER, J.P.; KRUSHELL, R.J.; MASQUELET, A.; GERBER, C. **Anatomy and relationships of the suprascapular nerve: anatomical constraints to mobilization of the supraspinatus and infraspinatus muscles in the management of massive rotator-cuff tears**. J Bone Joint Surg Am, 1992;74:36-45.

3-RELATO DE EXPERIÊNCIA: IMPORTÂNCIA DE AÇÕES EDUCATIVAS ENVOLVIDAS COM A RECICLAGEM DENTRO DO CAMPO DA SAÚDE¹

Wagner Wanderley Costa²
Fernand Patrícia Jeronymo Pinto³
Kelly Samara de Lira Mota⁴
Waléria Bastos de A. G. Nogueira⁵

Resumo

A reciclagem é algo bastante debatido no campo da saúde. Dentro dessa problemática, o resumo apresentará como objetivo apontar a importância de serem realizadas ações educativas com crianças, mostrando como o destino adequado de lixo ocasiona melhoria na saúde. Para o procedimento da atividade foi utilizado um método de estudo qualitativo, no qual alunos do Projeto de Extensão Sentinelas do Meio Ambiente da FAMENE realizam atividades, com crianças da Escola Municipal Cícero Leite, voltadas para os males causados na saúde devido ao depósito de lixo a céu aberto. Este se torna um local propício para a atração de diversos vetores que transmitem patologias como cólera e febre tifóide. Ensinar como a reciclagem influencia na diminuição dessas doenças torna-se fundamental na promoção e prevenção da saúde. Explicações acerca da cor de cada lixo e tempo de degradação de objetos também ajudaram a despertar o interesse das crianças acerca dessa temática.

Palavras- chave: Saúde, Reciclagem, Lixo.

Introdução

Vivemos em um mundo globalizado, consumista, digitalizado e moderno, que produz muitos bens de consumo, sem a devida preocupação com o meio ambiente, como se os recursos naturais fossem inesgotáveis. Aliado a este desenvolvimento socioeconômico, está o crescimento desordenado das cidades sem planejamento e infraestrutura para atender às necessidades ambientais e de saúde da população (BESERRA et al., 2010).

Desde as últimas décadas do Século XX e os primeiros anos do Século XXI, existem preocupações com a problemática ambiental dentro da Saúde Pública. A sensibilização global para as questões ambientais tem se apresentado como uma das preocupações crescentes em todo o mundo (RIBEIRO, 2004; LOPES; XIMENES, 2011).

Atualmente, observa-se que ainda são escassas ações educativas voltadas para a temática da reciclagem dentro do campo da saúde. Desenvolver um trabalho continuado de educação ambiental e saúde para o alcance da cidadania e autonomia torna-se algo fundamental para promover uma melhoria das condições ambientais e de saúde, em prol do desenvolvimento sustentável e qualidade de vida. Dentro dessa problemática, o referido resumo apresentará como foco primordial mostrar a importância de serem realizadas ações educativas com crianças, voltadas para a reciclagem dentro do campo da saúde, a fim de despertar nessa parcela da população a conscientização a respeito do ambiente.

Método

Para alcançar os objetivos supracitados, os estudantes de Medicina do Projeto de Extensão Sentinelas do Meio Ambiente da FAMENE utilizaram um Método dinâmica e participativa com discentes da Escola Municipal Cícero Leite localizada no Valentina Figueiredo em João Pessoa- PB. A partir da apresentação de vídeos e de aulas, procurou-se fornecer informações acerca dos males causados na saúde e no planeta devido ao destino inadequado de lixo. Além disso, foram realizadas oficinas de artes que mostravam como materiais que costumam ser jogados no lixo podem ser

transformados em diversos tipos de objetos. Entretanto, para que as atividades pudessem ser desenvolvidas com sucesso foram necessários contatos previamente estabelecidos entre a equipe condutora do projeto e os integrantes da Escola Municipal, para que estes pudessem entender a real importância do projeto “Sentinelas do meio ambiente: resgatando os princípios de saúde, ambiente e cidadania.”. As realizações desses processos educativos possibilitaram ações concretas do projeto junto à comunidade, podendo atingir dessa forma um maior número de pessoas para atuarem como “Sentinelas do meio ambiente e da saúde”.

Também foram realizadas, semanalmente, reuniões da equipe condutora do projeto para a reflexão de temas variados e planejamento da semana seguinte, bem como para fazer o acompanhamento das etapas estabelecidas para o projeto.

O projeto tem duração de 100 (cem horas), com duração de março a dezembro de 2014.

Resultados e discussão

Atualmente, observa-se que é enorme a quantidade de materiais perigosos como pilhas, embalagens de produtos tóxicos, baterias de veículos e de celulares que são descartados de forma inadequada. Cacos de vidro, ferros retorcidos, plásticos pontiagudos, garrafas de plástico e latinhas de alumínio também recebem um destino impróprio e acabam ocasionando sérios riscos para a saúde humana.

Quando se é feita uma análise profunda acerca dos resíduos que são descartados de forma inadequada, percebemos que diversas epidemias poderiam nem mesmo ter surgido caso o lixo recebesse um destino adequado, como o da reciclagem. A cólera é um exemplo de surto que poderia ter se evitado. A bactéria *Vibrião colérico* está presente, principalmente, em locais onde o saneamento básico é escasso, ou seja, em lugares nos quais as pessoas têm contato direto com o lixo. Em 1991, foram 2,1 mil casos confirmados da doença. Em 1994, o País chegou a ter 51,3 mil pessoas infectadas com o *vibrião colérico*. Outro exemplo que pode-se citar é o da febre tifóide, causada pelo consumo de carne de porco contaminada. É muito comum encontrar famílias morando ao lado de chiqueiros localizados perto de lixões. Esses animais acabam se alimentando exatamente desse lixo, fazendo com que se infectem e, conseqüentemente, contaminem a pessoa que comer de sua carne.

Perante toda essa problemática, durante o primeiro semestre do projeto, extensionistas do Projeto de Extensão “Sentinelas do meio ambiente” participaram de oficinas de artes, na Emlur (Empresa Municipal de limpeza urbana), que mostravam como materiais que são descartados podem ser facilmente recicláveis. Durante o segundo semestre, teve início as atividades com os alunos da Escola Municipal Cícero Leite explicando como a reciclagem é algo essencial para as estratégias de promoção e prevenção da saúde; explicações básicas sobre como fazer a coleta seletiva- qual a cor de cada lixo, tempo de degradação de objetos- também ajudaram a despertar o interesse para a importância da reciclagem dentro da saúde pública.

Diante disso, nesse mês de setembro, as oficinas de arte serão levadas para as crianças da Escola Municipal Cícero Leite e nelas os discentes aprenderão a confeccionar bonecos, cofres e brinquedos. A coleta de materiais ficará a cargo de cada uma delas e para que haja um incentivo de arrecadação será fornecido um prêmio para quem arrecadar uma maior quantidade de materiais recicláveis. Por conseguinte, tudo isso se torna algo fundamental, já que o futuro da humanidade reside exatamente nas mãos dessa parcela da população.

Considerações finais

Por conseguinte, torna-se necessária a reflexão acerca do bem-estar ecológico e humano. Tratar da questão ambiental assume relevância fundamental na atualidade, pois o viver saudável depende diretamente da qualidade de vida humana e ambiental.

Devido a isso, é importante destacar que a maioria dos grandes problemas da saúde podem ser facilmente resolvidos em nível de cuidado simples com meio ambiente. Logo, torna-se

essencial ensinar às crianças como a reciclagem pode se tornar um fator primordial na diminuição de diversas patologias.

Referências

BESERRA, E. P; ALVES, M. D. S.; PINHEIRO, P. N. C.; VIEIRA, N. F. C. Educação ambiental e enfermagem: uma integração necessária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 5, p. 848-852, set-out., 2010.

RIBEIRO, H. Saúde Pública e Meio Ambiente: evolução do conhecimento e da prática, alguns aspectos éticos. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 70-80, jan-abr., 2004.

LOPES, M. S. V.; XIMENES, L. B. Enfermagem e saúde ambiental: possibilidades de atuação para a promoção da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 1, p. 72-77, jan-fev., 2011.

Fundação Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde. **Estatísticas da reciclagem- Perigo**. Disponível em: <
http://ambientes.ambientebrasil.com.br/residuos/estatisticas_de_reciclagem/estatisticas_da_reciclagem_-_perigos.html>. Acesso em: 27 ago. 2014.

FABYANNE. **Lixo- Riscos e doenças**. Disponível em: <
<http://lixonolixao.blogspot.com.br/2007/08/lixo-riscos-e-doenas.html>>. Acesso: 27 ago. 2014.

4-TECNICAS DE DIAGNÓSTICOS DAS ENTEROPARASIToses E INFECÇÕES BACTERIANAS DO TRATO GASTROINTESTINAL¹

Clélia de Alencar Xavier Mota²
Ana Karina Holanda Leite Maia²
Elizabeth Helena Paraguay Martins³
Rayssa Macêdo Rodrigues³
Raíssa Marinho Costa Carneiro Maciel⁴

Resumo

As infecções entéricas ocorrem na dependência do ambiente e de acordo com o nível de higiene, das condições sanitárias e do acesso à água potável. Os enteroparasitas são um dos principais fatores relacionados a diarreia crônica e desnutrição. Esse estudo tem como objetivo contemplar o diagnóstico, controle e profilaxia das enteroparasitoses. A principal meta é a educação em saúde acompanhada de melhorias nas condições sanitárias e de higiene. Foram realizadas consultas a livros-textos da literatura médica na área de infectologia. Essas patologias são diagnosticadas por exames médicos e laboratoriais, tais como: imunofluorescência direta e indireta, teste de ELISA, parasitológico das fezes, teste de sobrecarga com lactulose, sedimentação espontânea, Hoffman, entre outros. Com o diagnóstico seguro e precoce da infecção, traça-se o tratamento e a profilaxia adequados, evitando o prolongamento das doenças do trato gastrointestinal. A educação em saúde é fator essencial para controle destas.

Palavras-chave: saúde. Enteroparasitose. Diagnóstico.

Introdução

As infecções entéricas ocorrem na dependência do ambiente e de acordo com o nível de higiene, das condições sanitárias e do acesso à água potável (BLACK, MORRIS, BRYCE, 2003). Nos países mais pobres, a diarreia está entre as três causas mais comuns de morte em crianças menores de 5 anos, juntamente com as causas neonatais e a pneumonia (UNICEF, WHO, 2008).

Os enteroparasitas são um dos principais fatores debilitantes da população, associando-se frequentemente a quadros de diarreia crônica e desnutrição, comprometendo o desenvolvimento físico e intelectual, particularmente das faixas etárias mais jovens da população (UECKER et al., 2007). Bactérias e protozoário estão entre os vários agentes patogênicos que provocam esta doença.

Episódios repetidos nos primeiros anos de vida, em geral, levam à má absorção intestinal e conseqüentemente, à desnutrição. Como a persistência da diarreia, na maioria dos casos, instala-se em um período crítico do crescimento físico e do desenvolvimento mental (GUERRANT et al., 2008) (MOORE et al., 2010).

A problemática da ocorrência das infecções causadas por estes agentes patogênicos reflete-se não só na qualidade de vida e saúde das crianças, que geralmente na população são as mais afetadas em situações de conflitos e epidemias.

¹ Revisão de literatura elaborado por discentes do Projeto de Extensão intitulado: "BUSCANDO SAÚDE: UM ENFOQUE LÚDICO NA EDUCAÇÃO E PREVENÇÃO DAS ENTEROPARASIToses E DOENÇAS BACTERIANAS - 2014", das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE).

² Docente da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE/PB). Coordenadora do projeto. Orientadora.

³ Discentes da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE/PB).

⁴ Discentes da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE/PB). Relator

Método

Trata-se de uma revisão da literatura, com uso de fontes de dados Scielo com os seguintes descritores: *diarreia*, enteroparasitoses, diagnóstico laboratorial de enteroparasitas.

Foram realizadas consultas a livros-textos da literatura médica da área de infectologia. Outros materiais foram acrescentados a partir da própria indicação encontrada nas referências selecionadas. Após a pesquisa destes, realizou-se uma leitura preliminar e uma seleção dos conteúdos que eram pertinentes ao tema.

Resultados e discussão

A maioria das doenças parasitárias não pode ser diagnosticada apenas pelos exames médicos, as investigações laboratoriais tornam-se necessárias para definir se o paciente está ou não infectado com o parasita e, se estiver, qual a espécie do mesmo. O laboratório desempenha um papel importante no diagnóstico das doenças parasitárias, sendo a chave para a seleção do medicamento adequado ao tratamento. O diagnóstico de enteroparasitas é feito principalmente pela pesquisa de cistos e ovos nas fezes para a observação de protozoários e helmintos (MACHADO et al., 2008).

A escolha da técnica diagnóstica para a rotina parasitológica dependerá do grau de confiabilidade e de sensibilidade do método, além de necessitar de recursos menos onerosos (DE CARLI, 2011). O diagnóstico das enteroparasitoses intestinais poderá ser feito a partir de exame parasitológico de fezes (EPF). Utilizam-se exames macroscópicos e microscópicos das amostras fecais, com objetivo de comparar a sensibilidade e especificidade das técnicas de diagnóstico. Dentre os métodos mais usuais estão: parasitológico a fresco, sedimentação espontânea, método direto, Hoffmann, centrifugação.

O diagnóstico laboratorial das infecções por bactéria poderá ser feito através de coprocultura, esse tipo de exame é indicado principalmente em pacientes febris e com disenteria, porém é importante que a coleta do material seja apropriada. As bactérias invasivas como a *Shigella spp.* costuma positivar sangue e leucócitos fecais. Essa bactéria causa doença inflamatória do trato gastrointestinal caracterizada por febre, dor abdominal e diarreia, que pode conter muco, sangue e pus. Sangue visível nas fezes geralmente indica a mais severa forma da doença (FONTAINE, 2012).

Outra forma segura de diagnóstico é através da pesquisa das toxinas através de técnicas de imunoenaios ou por cromatografia. Apesar de ter sensibilidade variável, este é o teste mais usado, por ser mais rápido e mais disponível do que a cultura (MORAIS E CASTRO, vol.100).

Considerações finais

A educação em saúde é fator essencial para controle das enteroparasitoses, bem como as melhorias nas condições sanitárias e de higiene são preponderantes na meta de reduzir a incidência de diarreia e, também, de evitar seu prolongamento.

Outro fator essencial é a escolha da técnica diagnóstica, pois com diagnóstico seguro e precoce da infecção, traça-se o tratamento e a profilaxia, evitando o prolongamento das doenças do trato gastrointestinal. Sabe-se que hoje os imunoenaios têm ganhado força no diagnóstico dessas parasitoses, devido a sua rapidez, eficiência e confiabilidade.

Referências

Black RE, Morris SS, Bryce J. **Where and why are 10 million children dying every year.** Lancet. 2003;361:2226-34.

The United Nations Children's Fund (UNICEF). Countdown to 2015: maternal, newborn and child survival. **Tracking progress in maternal, neonatal and child survival: the 2008 report.** New

York, NY: UNICEF; 2008.

World Health Organization. **World Health Statistics 2008**. Geneva: WHO; 2008.

Uecker M., Copetti C., Poleze L. e Flores V. (2007); **ParasitalInfection: immunologicdiagnosticofenteroparasitosis**; RBA

Guerrant RL, Oriá RB, Moore SR, Oriá MO, Lima AA. **Malnutrition as an enteric infectious disease with long-term effects on child development**. Nutr Rev. 2008;66:487-505.

Moore SR, Lima NL, Soares AM, Oriá RB, Pinkerton RC, Barret LJ, et al. **Prolonged episodes of acute diarrhea reduce growth and increase risk of persistent diarrhea in children**. Gastroenterol. 2010;139:1156-64.

MACHADO E. R. et al. **Enteroparasites and commensal among children in four peripheral districts of Uberlândia, State of Minas Gerais**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Uberaba - MG. v. 41, n. 6, p. 85-581, 2008

DE CARLI, G. A. **Diagnóstico laboratorial das parasitoses humanas, métodos e técnicas**. Rio de Janeiro: Medsi. pp. 455-459, 2011.

Fontaine O. **Antibiotics in the management of shigellosis in children: what role for the quinolones?** Rev Infect Dis 1989; 11 suppl. 5:1145-50 2012.

Antônio Carlos Moraes e Fernando M. M. Castro. **Diarreia Aguda**. Jornal Brasileiro de Medicina Ed. de Publicações Científicas Ltda. Julho/Agosto. vol.100. n. 3, n.3.

5-VIVÊNCIAS SEXUAIS DE IDOSAS FREQUENTADORAS DE UM GRUPO DE CONVIVÊNCIA

Ludmila Barbosa Oliveira

Rodrigo Vergetti Baía

Anna Raquel Temoteo Delgado

Kay Francis Leal Vieira

Adriana Lira Rufino de Lucena

Resumo

A sexualidade é reconhecida atualmente como um dos pilares da qualidade de vida, a qual inclui valores e práticas que transpassam o fisiológico relacionando-se com o íntimo de cada indivíduo e com o meio social. A vida sexual não se extingue com o envelhecimento, sendo responsável por melhorar a qualidade de vida do idoso. **Objetivo:** Analisar o perfil sexual de idosas, bem como investigar os fatores que interferem na atividade sexual. **Método:** Trata-se de uma pesquisa descritiva realizada com 60 mulheres idosas do Projeto Envelhecimento Saudável das Faculdades Nova Esperança, no município de João Pessoa-PB, que responderam a um questionário. **Resultados:** Constatou-se que a sexualidade é vivenciada pelas idosas de modo satisfatória, mesmo com a existência de mudanças tanto fisiológicas quanto emocionais. **Conclusão:** Os resultados mostram que é possível a manutenção da vida sexual na velhice, embora seja um desejo individual de cada um, mas que se desejado pode proporcionar qualidade de vida e bem estar à pessoa idosa.

Palavras-chave: sexualidade, envelhecimento, Idoso.

Introdução

Com o passar dos anos, todo ser humano é submetido à transformações inerentes ao processo de envelhecimento, dentre elas as vivências sexuais. A sexualidade faz parte da natureza e obedece a uma necessidade fisiológica e emocional. Manifesta-se de forma diferente nas fases progressivas do desenvolvimento humano e sua expressão é determinada pela maturidade orgânica e mental. A sexualidade é uma forma de comunicação que visa o prazer, o bem-estar, a autoestima e a busca de uma relação íntima, compartilhando o amor e o desejo com outra pessoa para criar laços de união mais intensos. (ANTUNES,2010).

Durante o envelhecimento, a afetividade e o engajamento em atividades sexuais podem não ser iguais ao vivenciados na juventude, mas nem por isso deixam de dar prazer e trazer felicidade aos que se dão o direito de estabelecerem vinculações afetivas e sexuais.

Devido ao desconhecimento e à pressão cultural, muitos idosos, nos quais ainda é intenso o desejo sexual, experimentam um sentimento de culpa e de vergonha, chegando a crer serem anormais pelo simples ato de se perceberem com vontade do prazer. (ANTUNES, 2010)

Por ser um tema de extrema relevância, é importante que haja um aprofundamento neste, a ponto de contribuir para um melhor entendimento, tanto para os profissionais de saúde, Tquanto para o idoso e seus familiares. Objetivou-se, assim, identificar como a mulher idosa vivencia sua sexualidade, qual a importância da prática nessa etapa da vida e quais fatores interferem na atividade sexual para que se possa ter um bom acompanhamento pelos profissionais da área de saúde.

Método

Trata-se de estudo descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido com 60 idosas participantes do Projeto de Extensão Envelhecimento Saudável: integração ensino/comunidade na promoção à saúde e prevenção de doenças na população idosa da Faculdade de Enfermagem e

Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE), na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. As participantes foram selecionadas de forma intencional, atendendo os seguintes critérios de seleção: ter idade igual ou superior a 60 anos, residir no Bairro do Valentina de Figueiredo e estar cadastrada no Projeto de Extensão supracitado. Para a condução do estudo, foram contempladas todas as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança, sob protocolo nº 53/2013.

Resultados e discussão

Foram entrevistadas 60 idosas, com idades entre 60 e 89 anos. Em relação a situação conjugal, 27 (45%) eram casadas 27(45%) viúvas 5 (8%) divorciadas e 1 (2%) solteira A idade média do grupo pesquisado foi de 64 anos.

Constatou-se que 14 idosas eram sexualmente ativas, enquanto 46 já não mantinham mais vida sexual ativa. Embora a frequência das relações sexuais tendam a diminuir com a idade, e mesmo as expressões da sexualidade de cada indivíduo venha a manifestar-se de forma mais discreta, não significa o fim da expressão ou desejo sexual, vindo prevalecer expressões de carinho e a amizade nesta fase da vida. (MORAES, 2011).

No grupo de idosas sexualmente ativas foram avaliadas 6 variáveis, onde a primeira referia-se a frequência sexual atual, sendo verificado que a maioria das idosas mantinha relações sexuais de duas a quatro vezes ao mês. Esse dado prova que a ideia de que as pessoas perdem suas habilidades sexuais à medida que envelhecem não passa de um conceito errôneo. A verdade é que a prática sexual, assim como várias atividades, pode se tornar menos valorizadas com a idade, porém, não menos prazerosa. (MORAES, 2011).

Em relação à satisfação após relação sexual 13 (93%) responderam que sim e apenas 1 (7%) respondeu que não. Nesse contexto, Souza (2008) afirma que a idade não dessexualiza o indivíduo, o que existe na verdade são apenas modificações quantitativas da resposta sexual, ou seja, a vida sexual transforma-se, porém só desaparece com a morte.

A terceira variável investigava a existência de privacidade para a prática sexual, onde se verificou que todas responderam que sim. Esse dado é o reflexo da realidade brasileira em relação a moradia, pois segundo IBGE, 60% dos idosos moram sozinhos em casa. A quarta variável investigada foi acerca das mudanças fisiológicas, onde 12 (85%) das entrevistadas responderam que sim e 2 (15%) responderam que não. As mudanças mais frequentes que foram evidenciadas consistiram na ardência e ressecamento. Para compreender a problemática da sexualidade feminina é necessário levar em conta fatores básicos que afetam o comportamento e a resposta sexual em qualquer idade, onde a saúde física contribui, afinal, a doença pode reduzir ou impedir o interesse pela sexualidade em qualquer idade ou sexo. (SOUZA, 2008). As principais mudanças que ocorrem nas mulheres são: diminuição da lubrificação vaginal durante a atividade sexual, o orgasmo pode ser menos intenso e a excitação genital durante o sexo pode ser menos efetiva e menos confortável sem o uso de lubrificação externa. (GASS et al, 2011).

A quinta variável era se houve mudança em relação ao desejo sexual, onde 13 (93%) das entrevistadas responderam que sim, 1 (7%) responderam que não e a principal mudança foi a redução do desejo sexual. O que interfere na vida sexual de uma idosa está além das limitações orgânicas, conta muito a questão psicológica e social (CAVALHEIRO, 2008). A sexualidade é polivalente, ultrapassando a necessidade fisiológica, tendo a ver com a simbolização do desejo (SANTOS, 2006). As modificações não diminuem a libido nem a capacidade orgásmica, principalmente se sua saúde geral for boa.

A sexta variável investigou a importância atribuída ao sexo pelas idosas, onde, verificou-se que a totalidade da amostra considerava importante. Já com o grupo de idosos não ativos investigou-se a existência do desejo de ter relação sexual, bem como a opinião dos mesmos sobre o sexo na velhice. Em ambas as situações obtiveram-se as mesmas respostas onde 47 (78%) responderam que sim e 13 (22%) responderam que não. Apesar dos resultados, sabe-se que a

sexualidade pode influenciar em melhoras na qualidade de vida no decorrer da velhice.

A presença de atividade sexual, nesse processo de envelhecimento, apesar de menos frequente, pode tornar-se cada vez mais importante, não somente como ato sexual físico, mas como preservação de relacionamento íntimo que ajuda a diminuir os sentimentos de solidão e isolamento, uma vez que, no processo de envelhecimento, existe um estreitamento na rede de relacionamentos sociais e o papel social dos indivíduos se restringe (CHOI et al,2011).

Conclusões

Os resultados mostram que é possível que toda idosa tenha assegurada sua vida sexual, mesmo na velhice, embora se reconheça que se trata de um desejo individual de cada um, mas que se desejado pode proporcionar qualidade de vida e bem estar à pessoa idosa. Toda idosa pode manter uma atividade sexual satisfatória possuindo conhecimento adequado sobre seu corpo, sobre mudanças físicas ocorridas, compreendendo que a sexualidade é muito mais do que um ato físico, pois as características psicológicas, sociais e culturais influem de maneira decisiva na função sexual. Compreende-se então, que nesta etapa a afetividade, carinho, amor, desejo, intimidade, não acabam. São manifestações que se propagam por toda a vida, sendo elas vitais para o desenvolvimento das pessoas, principalmente de mais idade, vindo desta maneira a proporcionar-lhes autoestima e realização pessoal, assim como sentimento de vida. Em relação a equipe de profissionais de saúde é necessário que as mesmas acompanhem as possíveis alterações das atividades sexuais avaliando o idoso em todos âmbitos do bem estar psicossocial para assim contribuir num bom atendimento possibilitando uma melhor qualidade de vida aos idosos.

Referencias

- ANTUNES, Ester Santiago Duarte Carqueijeiro, et al. Considerações sobre o Amor e a Sexualidade na Maturidade. Pensando Famílias [online], 2010, vol.14, n.2, p. 121-138.
- CASTRO, Nely.; REIS, Claudia. Sexualidade na terceira idade: não posso, não quero ou não devo. O mito da dessexualização das idosas e a influência da estereotipia negativa as mesmas e suas consequências na vida afetiva e sexual. Revista de Iniciação Científica Newton Paiva, p. 1-21, 2002.
- CAVALHEIRO, Beatriz de Carvalho. Análise da produção científica sobre a sexualidade da mulher idosa em periódicos da enfermagem, saúde pública e gerontologia, no período de 2003 a 2007. 2008. 142 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2008.
- CHOI, et al. Sexual life and self-esteem in married elderly. Arch Gerontol Geriatr. 2011;
- GASS, Margery L; COCHRANE; Barbara B., LARSON, Joseph C, et al. Patterns and predictors of sexual activity among women in the hormone therapy trials of the Women's Health Initiative. Menopause. 2011;18(11):1160-71.
- MORAES, Késia Marques et al . Companheirismo e sexualidade de casais na melhor idade: cuidando do casal idoso The beauty of companionship and sexuality for couples in the best age: caring for elderly couple. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, 2011 .
- PINTO NETO, Aarão Mendes; VALADARES, Ana Lúcia Ribeiro; COSTA-PAIVA, Lúcia. Climatério e sexualidade. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro , v. 35, n. 3, Mar. 2013
- SANTOS, SS. Sexualidade e a velhice: uma abordagem psicanalítica. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzone ML. Tratado de geriatria gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.1245-51.
- SOUZA, Jailson L. Sexualidade na terceira na terceira idade: uma discussão da aids, envelhecimento e medicamentos para disfunção erétil. DST –Doenças Sexualmente Transmissíveis, Pernambuco, v. 20, n. 1, p. 59 – 64, 2008

6-ASPECTOS FISIOLÓGICOS E TERAPÊUTICOS DA SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ¹

Catarina Maria Andrade F. Guimarães Maia²;
Andréa dos Santos Silva³;
Lorena Sodré Mayer⁴;
Waléria Bastos de A. G. Nogueira⁵

Resumo

A síndrome de Guillain-Barré é uma doença do sistema nervoso adquirida, provavelmente de caráter autoimune, caracterizada por paralisia e astenia muscular que pode ser devido a perda ou não da bainha de mielina dos axônios. Este trabalho tem por objetivo descrever as causas, sintomas, diagnóstico e o tratamento dessa síndrome. Foi realizada uma revisão de literatura, utilizando o SciELO, BVS e Google Acadêmico. A síndrome se manifesta sob a forma de inflamação aguda dos nervos motores e, às vezes, das raízes nervosas. Geralmente, a moléstia evolui rapidamente, atingindo o máximo na segunda semana e regredindo lentamente, também pode tornar-se crônica ou recidivar. O tratamento mais aconselhado hoje em dia é o uso principalmente de imunoglobulina IgIV, monitoramento da condição respiratória e fisioterapia. A plasmaférese também pode ser utilizada na terapia, no entanto, apresenta efeitos indesejáveis mais sérios que os da imunoglobulina.

Palavras-chave: guillain-barré. Polineuropatia. Bainha de mielina.

Introdução

A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) é definida como uma polirradiculopatia desmielinizante inflamatória aguda, com transtorno desmielinizante dos nervos periféricos, do tipo monofásico que apresenta regressão espontânea, sendo uma enfermidade autoimune desencadeada por uma infecção viral ou bacteriana¹, gastrointestinal ou respiratória², caracterizando-se por apresentar paralisia flácida associada a arreflexia, transtornos sensoriais variados e elevação das proteínas do líquido cefalorraquidiano (LCR)¹. A SGB é considerada uma infecção pós-infecciosa.

Esta síndrome vai gerar desmielinização neuronal, incapacitando a transmissão eficiente de impulsos. Por este motivo, os músculos começam a perder sua capacidade de responder aos sinais do cérebro, e o cérebro também passa a receber menos sinais sensoriais do resto do corpo, resultando em uma incapacidade de sentir as texturas, o calor, a dor e outras sensações. Pode acontecer de o cérebro receber sinais inapropriados, o que leva a hiperestesia e parestesia; esses sintomas aparecem inicialmente nas mãos e nos pés e progridem ascendentemente³.

Este trabalho tem por objetivo realizar uma revisão de literatura científica sobre a síndrome de Guillain-Barré. Descrevendo as suas causas, sintomas, diagnóstico e formas de tratamento.

¹Trabalho originado pelo projeto de extensão Anatomia Viva vinculado ao Programa de Extensão e de Iniciação Científica.

²Docente da Faculdade de Medicina Nova Esperança.

³Relatora. Acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE. End.: Rua Coronel Otto Feio da Silveira, 478, Pedro Gondim. João Pessoa-PB. CEP: 58031-010. E-mail: andreasantossilva@hotmail.com

⁴Acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE.

⁵**Docente da Faculdade de Medicina Nova Esperança.**

Método

Realizou-se levantamento a partir de artigos científicos relacionados, obtidos dos bancos de dados SciELO, BVS e Google Acadêmico. A abrangência temporal dos materiais de estudo foi entre o ano de 2003 a 2014. As buscas e consultas foram realizadas no período de abril de 2014 a junho de 2014.

Resultados e discussão

A síndrome de Guillain-Barré é classificada em diferentes subtipos de acordo com critérios clínicos, eletrofisiológicos, sorológicos e patológicos, entre eles estão³: Polineuropatia desmielinizante inflamatória aguda; Neuropatia axônica motora aguda; Neuropatia axônica sensitivo-motora aguda; e Síndrome de Miller Fisher.

Os sintomas típicos são fraqueza muscular ou paralisia, geralmente simétrica, que se inicia nos pés e pernas e progride ascendentemente para os braços e nervos cranianos; alterações das sensações, como entorpecimento, diminuição da sensibilidade, sensações de formigamento e agulhadas, dor tendinosa ou muscular, principalmente na região lombar; visão confusa; dificuldade de movimentação dos músculos da face; palpitação e contração muscular; dificuldade na deglutição; dificuldade respiratória; ausência temporária do movimento respiratório; incapacidade de realização do movimento respiratório e desmaio^{3,4}.

Os nervos autônomos também podem ser comprometidos, levando muitos pacientes a apresentarem aumentos ou quedas bruscas da pressão arterial ou pulso, sudorese excessiva, constipação, retenção urinária, taquicardia sinusal e bradicardia^{2,4}.

Embora o diagnóstico da SGB seja essencialmente clínico, faz-se necessária a realização de alguns exames neurofisiológicos, sendo que estes, infelizmente, não são muito sensíveis na fase inicial do acometimento por esta patologia¹.

Devido a possibilidade de deterioração rápida, todos os pacientes com diagnóstico presuntivo de SBG em fase de progressão devem ser internados na unidade de terapia intensiva para monitoramento da função respiratória².

As principais medidas terapêuticas incluem plasmaférese e infusão intravenosa de imunoglobulinas². A plasmaférese consiste na troca de plasma por albumina ou por plasma fresco congelado². Entretanto, a plasmaférese ocasiona algumas complicações que podem ser fatais, como queda da pressão arterial, transtornos da coagulação, fenômenos alérgicos e hipocalcemia¹. O uso da imunoglobulina IgIV pode causar reações como febre, cefaleia, mialgias, taquicardia e náuseas, que são menos graves que as da plasmaférese, por isso o tratamento com imunoglobulina é mais aconselhado¹.

Uma adequada monitoração dos estados respiratório, cardiovascular, hemodinâmico, nutricional-metabólico e do quadro de debilidade motora são parte fundamental do tratamento³. Também é importante que esses pacientes recebam acompanhamento fisioterápico, para evitar situações como atelectasias e pneumonias, além de evitar contraturas corporais².

Considerações finais

A SBG é uma patologia de rápida evolução podendo ser curada, no entanto, o processo de cura pode levar de semanas a meses, podendo haver complicações e evoluir para uma forma potencialmente fatal. Apesar de grave, essa patologia apresenta bom prognóstico, com a maioria dos pacientes se recuperando por completo.

Referências

SANTOS, Michell Tôrres; PEREIRA, Carlos Umberto; MORAIS, Aníbal de Araújo; et al. **Síndrome de Guillain-Barré**. Copyright Moreira Jr. Editora. 2014. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=2813&fase=imprime> Acesso em: 29 de abr 2014.

TORRES, Mario Santiago Puga; SANCHEZ, Armando Padrón; PEREZ, Rigoberto Bravo. **Síndrome de Guillain Barré**. Rev Cub Med Mil. 2003; 32: 137-142. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572003000200009&lng=es.> Acesso em: 02 maio 2014.

JAIME, Francia Carolina Díaz. **Síndrome de Guillain Barré**. BUN Synapsis. 2007; 2: 17-23. Disponível em: <<http://65.182.2.244/Honduras/SUN.THEPIXIE.NET/files/010460704.pdf>> Acesso em 02 maio 2014

BENITE, Giselle Maria; SILVA, Dani Luce Doro. **Síndrome de Guillain-Barré**. Ciências biológicas e Saúde. 2006; 27:57-69. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/3529/2856>> Acesso em: 03 maio 2014.

7-DIAGNÓSTICO CLÍNICO E LABORATORIAL DE DOENÇAS PROVOCADAS POR TRICHOMONAS E GARDNERELLA VAGINALIS

Arleide Andrade Medeiros¹
Bárbara Filgueira Leite Cabral¹
Ingrid Remarque Dantas Alves¹
Raíssa Barros Soares de Oliveira¹
Clélia de Alencar Xavier Mota²
Ana Karina de Holanda Leite Maia²

Resumo

Apesar dos avanços, a sociedade brasileira ainda é acometida com alta frequência por infecções sexualmente transmissíveis. São doenças de difícil diagnóstico, principalmente os homens, são na maioria das vezes portadores assintomáticos ou oligossintomáticos. O *Trichomonas vaginalis* é o causador da doença sexualmente transmissível (DST) não-viral mais comum no mundo. A *Gardnerella vaginalis*, é uma bactéria em formato de bastão, sendo Gram negativa ou Gram variável e quando corada pela técnica de Papanicolaou se apresenta em azul sendo uma das alterações vaginais mais comuns entre mulheres em idade reprodutiva. O objetivo deste projeto será investigar os métodos diagnósticos clínicos e laboratoriais mais atuais e aceitos na área médica. O diagnóstico laboratorial da tricomoníase é essencial, não podendo ser baseado somente na apresentação clínica, pois pode ser confundida com outras DSTs. O método da cultura é padrão ouro. O diagnóstico é indispensável para o tratamento e para a redução da propagação da infecção.

Palavras-chave: Laboratório, DST, Tricomoníase.

Introdução

Apesar dos avanços na medicina, atualmente, a sociedade brasileira ainda é acometida com alta frequência por infecções sexualmente transmissíveis.¹ São doenças de difícil detecção porque os indivíduos, principalmente os homens, são na maioria das vezes portadores assintomáticos ou oligossintomáticos.²

Trichomonas vaginalis é o causador da doença sexualmente transmissível (DST) não-viral mais comum no mundo. A patologia foi diagnosticada e o protozoário descrito em 1836, contudo, o diagnóstico clínico e laboratorial continua apresentando inúmeras dificuldades.

A *Gardnerella vaginalis*, é uma bactéria em formato de bastão, sendo Gram negativa ou Gram variável. Pode estar aderida à superfície das células escamosas de forma parcial ou total e possui como principal sinal clínico a secreção vaginal abundante, de coloração acinzentada, odor fétido, especialmente no Ph acima de 4,5.¹⁴

O objetivo deste projeto será investigar os métodos diagnósticos clínicos e laboratoriais mais atuais e aceitos na área médica, favorecendo a resolutividade da problemática em questão.

Método

O estudo trata-se de pesquisa bibliográfica, baseada em registro de pesquisas anteriores em teses, livros e artigos. Deu-se entre os meses de fevereiro a maio de 2014. Foram selecionados artigos e outras produções científicas em base de dados nacionais, além de livros disponíveis na biblioteca da FAMENE. A busca dessas fontes deu-se através da associação dos descritores: tricomoníase, *gardnerella vaginalis* e diagnóstico.

¹ Discente da Faculdade de Medicina Nova Esperança/FAMENE. João Pessoa (PB).

² Docente da Faculdade de Medicina Nova Esperança/FAMENE. João Pessoa (PB).

Resultados e discussão

Tricomoníase

Apesar da alta prevalência e dos riscos associados à tricomoníase, pouco é conhecido sobre a variabilidade biológica do parasito.¹⁹ A tricomoníase apresenta uma ampla variedade de manifestações clínicas. Os sinais e sintomas dependem das condições individuais, da agressividade e do número de parasitos infectantes.²¹ O *T. vaginalis* infecta principalmente o epitélio escamoso do trato genital.²³ É uma doença de idade reprodutiva e raramente as manifestações clínicas da infecção são observadas antes da menarca ou após a menopausa.²²

O diagnóstico da tricomoníase não pode ser baseado somente na apresentação clínica, pois a infecção poderia ser confundida com outras DSTs. Embora existam técnicas mais sensíveis e específicas para a detecção do *Trichomonas vaginalis*,²⁶ a assistência básica em países em desenvolvimento como o Brasil, ainda emprega o método Papanicolau. O método de cultura é o padrão ouro para o diagnóstico. Porém com o passar do tempo, o advento da técnica de reação em cadeia de polimerase (PCR) tornou-se uma nova alternativa diagnóstica.

Gardnerella

Para que os diagnósticos da doença provocada por *Gardnerella* fossem mais homogêneos, foram sugeridos alguns critérios que incluem dados clínicos e laboratoriais ou apenas dados microbiológicos.

A avaliação laboratorial segundo os Critérios de Nugent⁴² é a de escolha para diagnosticar VB, pois apresenta maior sensibilidade.⁴³

A cultura para *Gardnerella vaginalis* pode ser detectada em 50-60% de mulheres saudáveis assintomáticas. Desta forma, a cultura do exsudado vaginal, isoladamente, não deve fazer parte do diagnóstico de vaginose bacteriana.⁴⁵ Presença de 20% ou mais de clue cells como um critério diagnóstico de vaginose bacteriana em esfregaços de Papanicolau.

Considerações finais

O diagnóstico laboratorial da tricomoníase é essencial, não podendo ser baseado somente na apresentação clínica, pois a infecção poderia ser confundida com outras DSTs.

As técnicas diagnósticas compreendem exame direto a fresco, preparações coradas, imuno diagnóstico, método da cultura e PCR, sendo o método da cultura o padrão ouro.

A Vaginose Bacteriana por *Gardnerella vaginalis* é uma das alterações vaginais mais comuns entre mulheres em idade reprodutiva. Seu diagnóstico, pode ser dado seguindo os Critérios de Amsel ou os critérios de Nugent.

Tendo em vista o que foi abordado, é imprescindível que seja realizada uma reavaliação da situação como um todo, inclusive a eficácia dos programas preventivos, para que se obtenham dados fidedignos que venham a contribuir de forma consistente ao monitoramento desse agravo à saúde, com a meta de melhorar a qualidade de vida da sociedade brasileira.

Referências

1. Dollabetta G, Lyn M, Laga M, Islam M. DST: impacto global do problema e desafios para o controle. In: Dollabetta G, Laga M, Lamptey P, Dallabetta G, Laga M, Lamptey P. Controle de doenças sexualmente transmissíveis: manual de planejamento e coordenação de programas. Belo Horizonte: Te Corá; 1997. p.1-22.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Manual de controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). 4a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
14. ALBORGHETTI G, MELLO ALP, FERREIRA AD, BARBOSA RL. Frequência de *Gardnerella*

vaginalis em esfregaços vaginais de pacientes hysterectomizadas. Rev Assoc Med Bras 2007; 53(2): 162-5.13

19. BARRIO, A. G. et al. Biological variability in clinical isolates of *Trichomonas vaginalis*. Mem Inst Oswaldo Cruz, v. 97, p. 893-6, 2002.

21. LÓPEZ, L. B. et al. Strategies by which some pathogenic-trichomonads integrate diverse signals in the decision-making process. An Acad Bras, v. 72, p. 173-86, 2000.

22. PETRIN, D. et al. Clinical and microbiological aspects of *Trichomonas vaginalis*. Clin Microbiol Rev, v. 11, p. 300-17, 1998.

23. LEHKER, M. W.; ALDERETE, J. F. Biology of trichomonosis. Curr Opin Infect Dis, v. 13, p. 37-45, 2000.

26. Patel SR, Wiese W, Patel SC, Ohl C, Byrd JC, Estrada CA. Systematic review of diagnostic tests for vaginal trichomoniasis. Infect Dis Obstet Gynecol. 2000;8(5-6):248-

42. NUGENT RP, KROHN MA, HILLIER SL. Realibility of diagnosing bacterial vaginosis in improved by a standardized method of Gram stain interpretation. J Clin Microbiol 1991; 29(2): 297-301.

43. XI ENCONTRO ANUAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA. Estudo comparativo entre os critérios de Amsel e gradiente de Nugent no diagnóstico de vaginose bacteriana. Maringá, 2002. [acessado 30 abr. 2014]. Disponível em: http://www.ppg.uem.br/Docs/pes/eaic/XI_EAIC/trabalhos/arquivos/11-1723

8-SAÚDE DA MULHER NA RODA: PROJETO DE EXTENSÃO DIALOGA SOBRE PREVENÇÃO NA COMUNIDADE¹

Jaqueline Maria Balbino Maropo²
Carmen Verônica Barbosa Almeida³
Duane Pereira Santana⁴
Iara Medeiros Araújo⁵
Valdenor Ferreira de Oliveira Filho⁶

Resumo

Trata-se de um relato de experiência acadêmico do Projeto de Extensão Educação Popular em Saúde da Faculdade de Medicina Nova Esperança, junto à Unidade de Saúde da Família do Ipiranga, na associação de moradores da comunidade Girassol, para mulheres residentes na área. A desinformação das mulheres quanto à prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e quanto ao Câncer de Mama e Câncer do Colo do Útero apresentou-se como uma temática relevante. Com o objetivo de orientar acerca da prevenção, sinais e sintomas e, tratamento quanto a DST e Câncer, adotou-se fazer o diálogo com uma linguagem informal em uma roda de conversas. Percebeu-se dificuldade em alcançar um número representativo de mulheres, sendo reduzido o número de multiplicadoras resultante, o que representa uma falha naquilo que se preconizava com a ação. No entanto, a maioria das mulheres presentes não detinha algumas informações básicas para o autocuidado, tendo naquele momento agregado conhecimento.

Palavras-chave: doenças sexualmente transmissíveis, câncer de mama, câncer do colo do útero.

Introdução

O cuidado em saúde busca enfatizar a articulação entre atividades preventivas e assistenciais. As dimensões biológicas permitem construir uma linha de cuidados à saúde da mulher, no contexto em que a grande demanda, a falta de infraestrutura e a escassez de recursos constituem uma realidade a ser enfrentada e superada na perspectiva da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (PEDUZZI, 2009).

A mulher conseguiu atuar nos papéis de trabalhadora, mãe, dona de casa e chefe de família, ela se esqueceu de cuidar de si mesma, aumentando o índice de doenças em sua vida produtiva.

O projeto de extensão permitiu o contato com as mulheres fazendo enxergar as suas necessidades e compreender que a ideia e a intenção principal seria participação comunitária e equidade da atenção a todas as fases de vida da população feminina. Com isso, haveria consolidação das estratégias básicas de assistência, tais como diagnóstico, tratamento e reabilitação, qualificando e humanizando o cuidado em saúde da mulher. A ESF aproxima os serviços, os profissionais e a comunidade, programando e articulando as ações.

¹ Trabalho vinculado ao Projeto de Extensão Educação Popular em Saúde da Faculdade de Medicina Nova Esperança.

² Acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa, PB). jacembp@hotmail.com.

³ Docente do Projeto de Extensão Educação Popular em Saúde da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa, PB).

⁴ Acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa, PB).

⁵ Docente do Projeto de Extensão Educação Popular em Saúde da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa, PB).

⁶ Acadêmico de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa, PB).

A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) também resgata esses princípios e serve de modelo para tais medidas, que garantem acessibilidade resolutive construída a partir das especificidades do ciclo vital feminino, dentro do contexto em que elas são geradas (OSIS, 1998). O objetivo do trabalho consistiu em fornecer elementos e práticas educativas que permeiem as ações em saúde da mulher a fim de se criar acompanhamento e prevenção.

Método

Trata-se de um relato de experiência realizado por acadêmicos de medicina do Projeto de Extensão Educação Popular em Saúde da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE), juntamente com a Unidade de Saúde do Ipiranga, englobando mulheres em idade fértil, moradoras do bairro do Valentina, na grande João Pessoa, Paraíba. A proposta do trabalho com o gênero feminino partiu da necessidade de buscar educação em saúde e prevenção no âmbito de motivar e fortalecer os ensinamentos nas diversas áreas do cuidado com a saúde. A Método aplicada se baseou em rodas de conversas para aproximar a mulher com os acadêmicos e profissionais de saúde. As temáticas abordadas foram selecionadas pela equipe do projeto no intuito de informar as mulheres sobre as doenças que mais poderiam causar danos à saúde, tais como: 1. HIV e AIDS; 2. HPV; 3. Doenças Sexualmente Transmissíveis; 4. Câncer de Mama; e, 5. Câncer do Colo do Útero.

Resultados e discussão

É de extrema relevância que equipes de saúde e colaboradores, como voluntários e a própria população assistida, trabalhem na constituição de programas e ações nos diferentes campos de atuação e espaços de intervenção buscando maneiras de propiciar dinâmicas com a finalidade de ensinar a respeito de temas importantes, como a saúde da mulher.

Pode-se ver que muitas mulheres não possuem informação suficiente para cuidar de si mesmas da maneira que é necessário. Em uma ação promovida pelo Projeto de Extensão Educação Popular em Saúde, da Faculdade de Medicina Nova Esperança, em parceria com a Unidade de Saúde Ipiranga foi possível obter uma nova óptica a respeito desse tema. A ação aconteceu na associação de moradores da comunidade Girassol para as mulheres residentes na área, com a participação das professoras do projeto de extensão, a equipe de saúde da família e os alunos extensionistas do projeto. Contudo, viu-se que a dificuldade de se alcançar um número de mulheres que pudessem ser geradoras de informação foi grande, o que representa uma falha naquilo que se preconizava na ação.

Dentre os temas em pauta, o inicial foi o HPV, abordando sua definição, formas de prevenção, contágio, sintomas e sua relação com o câncer de colo de útero. No entanto, no começo dessa palestra informal, perguntas sobre a forma de contágio ser a de sentar em local quente ou usar roupa apertada, além do questionamento sobre o sintoma da doença ser de prurido em região genital, corrimento de aspecto grumoso, por exemplo, fizeram com que percebêssemos que aquele grupo confundia uma doença fúngica, candidíase, com a doença viral e sexualmente transmissível, HPV. A Candidíase Vulvovaginal é uma inflamação na vulva e na vagina provocada pelas leveduras do gênero *Candida sp.* que, sob determinadas condições, podem tornar-se patogênicas. Já o HPV é o vírus do papiloma humano, causador do câncer de colo de útero. Diante desse achado, tivemos que adaptar o que tínhamos programado a princípio para aquela oportunidade e, além de diferenciarmos candidíase e HPV, respondemos as perguntas até esgotar as dúvidas a respeito da problemática e encorajamos aquelas mulheres sobre a realização periódica do exame citológico e consulta com profissional médico e de enfermagem. Ressaltamos ao abordar HIV e AIDS, a importância do uso de preservativos, inclusive dentro do matrimônio, visto que, epidemiologicamente, está aumentando o número de pessoas exposta ao vírus nesse grupo. Quando falamos sobre o câncer de mama, frisamos o impacto dos exames de imagem como melhor método preventivo, frequência recomendada para sua realização nas diferentes faixas etárias e perfis. Mas

também falamos sobre o autoexame para investigação de alterações relacionadas ou não com o câncer de mama, diferenciando os possíveis achados em potencialmente malignos ou benignos. No final, relembramos conceitos sobre o câncer de colo de útero já abordado quando discutido sobre o HPV.

Em encontro com a literatura, vimos que no processo saúde doença, as DSTs são a segunda mais recorrente e o principal facilitador da transferência sexual do vírus da imunodeficiência humana, o HIV. Vimos, ainda, que muitas vezes o emocional e a dependência financeira das mulheres em relação aos seus parceiros podem inibir o uso de preservativo nas relações sexuais frequentes, fato que agrava no acometimento de DSTs e HPV associado a não realização da citologia oncológica anual nas Unidades de Saúde da Família, fator que tem refletido também na piora dos índices epidemiológicos.

A conversa continuou de forma não rebuscada e informal para que as mulheres pudessem compreender da melhor forma possível o que estava sendo passado, com o intuito de gerar comunicação para outras que por ventura precisassem de ajuda. Esse foi o ápice da ação, transmitir informações para que fossem repassadas e, dessa forma, tirar muitas mulheres do estágio de risco de doenças comuns como a Candidíase, por exemplo, que pode ser evitada apenas por maiores dados obtidos.

Considerações finais

As equipes de saúde possuem um papel fundamental em gerar informações para as mulheres. A partir de um bom diálogo, ações didáticas e rodas de conversa com esse grupo de mulheres, viu-se que existe uma extrema necessidade de que as mesmas sejam orientadas a respeito de doenças que possam acometê-las e até mesmo a respeito do seu corpo, que muitas vezes é desconhecido pelas próprias mulheres.

Por essa razão, é de extrema importância que se criem novos métodos de informatização para gerar conhecimento à comunidade através de ações e de vários outros meios que garantam um bom aprendizado. É importante também que existam parcerias entre a Estratégia de Saúde da Família, que é de grande relevância, garantindo o acesso universal a serviços de saúde pública e permitindo o planejamento das ações à população assistida, para que o vínculo formado por essas duas entidades possam produzir consequências positivas às mesmas, além de promover saúde não só às mulheres, mas também a sociedade em geral.

Todavia, a ação realizada que tinha o proposto de exercer uma prática que pudesse contribuir no processo de promoção de saúde e prevenção de doenças alcançou seu objetivo, uma vez que as mulheres presentes na ação se tornaram vetores de informações, as quais poderão ser repassadas para outras que por ventura necessitem.

Referências

- AYRES, Andréia Rodrigues Gonçalves; SILVA, Gulnar Azevedo e. Prevalência de infecção do colo do útero pelo HPV no Brasil: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44,n. 5, Out. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde. Oficinas de educação em saúde e comunicação. Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, Brasília, 2001.
- COELHO, Edméia de Almeida Cardoso et al . Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13,n. 1,Mar. 2009.
- HOLANDA, Antônio Arildo Reginaldo de et al . Candidíase vulvovaginal: sintomatologia, fatores de risco e colonização anal concomitante. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 29,n. 1, Jan. 2007.
- OSIS, Maria José Martins Duarte. Pásm: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14,supl. 1,Jan. 1998.

9-ILEOSTOMIA (ESTOMA INTESTINAL): UMA REVISÃO DE LITERATURA¹

Adrienne dos Santos Silva³
Catarina Maria Andrade F. Guimarães Maia²
Gustavo José Carvalho de Oliveira⁴
Waléria Bastos de A. G. Nogueira⁵

Resumo

A ileostomia é um procedimento cirúrgico que visa à projeção da alça intestinal ou parte terminal do íleo, do intestino delgado, no quadrante inferior direito da parede abdominal anterior, podendo ter seu emprego temporário ou definitivo. Esse procedimento é utilizado quando há algo que impeça a passagem das fezes pelo intestino grosso. Apresenta como objetivo a elucidação do procedimento cirúrgico e a vivência social do paciente ostomizado. Foi empregada uma revisão sistemática da literatura utilizando artigos científicos disponíveis nas bases de dados Scielo, Google Acadêmico e Lilacs. Estudos comprovam que esse procedimento cirúrgico é mais realizado em pacientes homens, acometidos de lesões traumáticas, e secundariamente em pacientes com câncer colorretal. Por se tratar de um desvio do trato gastrointestinal a ileostomia acaba causando distúrbios no equilíbrio ácido-básico, desidratação e má absorção de nutrientes em decorrência da baixa absorção de água e a velocidade de esvaziamento entérico.

Palavras-chave: ileostomia. Intestino. Câncer colorretal.

Introdução

Enterostomia é toda abertura cirúrgica, da luz intestinal, que tem por finalidade ação exploratória ou curativa, consistindo em suturar uma alça ou parte terminal do intestino à parede abdominal anterior. Quando esse procedimento é realizado na porção distal do íleo, no intestino delgado, recebe o nome de Ileostomia.

Os estomas podem ser temporários ou definitivos, dependendo da sua necessidade. As principais indicações para realização de enterostomias são as obstruções e perfurações intestinais, causadas por agenesias e atresias anorretais, neoplasias, volvo, diverticulites, megacólon congênito, colite isquêmica, e doenças inflamatórias intestinais

Método

O presente artigo representa uma revisão bibliográfica sobre a ileostomia. As pesquisas bibliográficas foram realizadas utilizando o acervo literário da Biblioteca Joacil de Britto Pereira da Faculdade Medicina Nova Esperança (FAMENE), e em base de dados confiáveis com GOOGLE ACADÊMICO, SCIELO e LILACS. Durante as buscas, foram priorizados artigos dos últimos 13 anos (2000-2013), incluindo aqueles em língua portuguesa e inglesa. À medida que os artigos e livros eram lidos, foi feita uma análise de dados epidemiológicos, além de evidências e pontos de

¹Trabalho originado pelo projeto de extensão Anatomia Humana Aplicada vinculado ao Programa de Extensão e de Iniciação Científica.

²Docente da Faculdade de Medicina Nova Esperança.

³Relatora. Acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE. End.: Rua Coronel Otto Feio da Silveira, 478, Pedro Gondim. João Pessoa-PB. CEP: 58031-010. E-mail: adrienne_s3@hotmail.com.

⁴Acadêmico de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE.

⁵Docente da Faculdade de Medicina Nova Esperança e coordenadora do projeto de extensão Anatomia Humana Aplicada.

vista de diversos autores à cerca da necessidade da cirurgia, forma de abordagem, mudanças fisiológicas e o impacto na vida do paciente submetido à ileostomia.

Resultados e discussão

A técnica para realização da ileostomia começa com uma incisão transversa de 4 a 5cm na pele, seguida pelo tecido subcutâneo e aponeurose, localizada 4 cm abaixo e lateralmente à cicatriz umbilical, no quadrante inferior direitos. Exterioriza-se então a alça ileal, fazendo uma abertura na face antimesentérica e suturando na pele. Quando terminadas as suturas, haverá uma eversão da mucosa com protrusão da alça. Essa apresentação é importante, pois faz com que o líquido entérico caia diretamente na bolsa coletora, evitando o contato do líquido com a pele, que causaria irritação devido às enzimas nele contidas e seu pH.

Esse risco não está presente nas colostomias, pois as fezes além de mais consistentes, apresentam pH neutro, não provocando dermatite ao entrar em contato com a pele. Ao fim do procedimento, utiliza-se a bolsa de colostomia para coletar os resíduos enterais, composta por uma placa adesiva que se fixa à pele ao redor do estoma e sobre ela a bolsa coletora, que é descartável e necessita de cuidados especiais de higiene.

Como o intestino grosso é responsável pela maior parte da absorção de água pelo organismo, a falta dele pode ocasionar distúrbios no equilíbrio ácido básico e desidratação. A alta velocidade de esvaziamento entérico na ileostomia também acarreta diminuição da absorção de nutrientes. Uma nova abordagem está sendo empregada nas proctocolectomias totais e colectomias totais: a ileostomia com preservação da papila íleo cecal. Devido à perda considerável da absorção de líquidos com a ileostomia tradicional, estudos têm sido realizados em busca de técnicas que reduzam essa perda que pode ser causadora de alterações hidreletrolíticas e metabólicas. A realização da ileostomia continente com a devida preservação já foi realizada por cirurgiões em pacientes humanos e demonstrou, através de uma técnica simples, benefícios importantes que melhoram a qualidade de vida do ostomizado.

Silva destaca dois benefícios importantes. O primeiro é que na ileostomia com preservação da papila o esvaziamento é reduzido pela metade, tornando o conteúdo menos líquido. O segundo é que a ileostomia clássica apresenta maior irritação cutânea do que a realizada com preservação da papila.

Para obter sucesso na confecção do estoma é preciso que a irrigação da extremidade do intestino delgado esteja adequadamente irrigada e a extremidade exteriorizada e suturada sem tração ou tensão. Quando não realizada a irrigação adequada da alça ostomizada pode ocorrer isquemia e necrose, e pode ser causada por ligaduras de artérias responsáveis pela irrigação da extremidade a ser exteriorizada, como também pelo tracionamento do pedículo da alça intestinal. Ao se observar isquemia ou necrose no estoma deve ser realizada correção cirúrgica de imediato, pois as complicações podem comprometer a vida do paciente, entre elas a retração ou estenose do estoma, que pode dificultar ou impossibilitar a instalação das bolsas, sendo necessária a laparotomia para ressecção da extremidade exteriorizada e confecção de um novo estoma.

Uma complicação mais grave seria o estoma retrair e entrar na cavidade abdominal provocando peritonite fecal. Pode acontecer, também, a formação de abscesso, que quando de pequeno porte pode ser drenado sem nenhuma complicação. Mas a perfuração da extremidade intraparietal do íleo terminal é o principal fator de formação de abscessos. Deve-se realizar um procedimento cirúrgico para correção, embora alguns autores afirmem que drenagem cirúrgica associada a uma alimentação predominantemente intravenosa seja suficiente.

Embora não muito comum, a hemorragia pode estar presente nas ileostomias, principalmente quando o paciente apresenta doença inflamatória intestinal e colangite esclerosante, que se trata de uma doença crônica causada pela inflamação com posterior cicatrização dos canais biliares dentro e fora do fígado, causando obstrução. Quando ocorre exagerada abertura da parede abdominal ou aumento súbito da pressão intra-abdominal, pode acarretar prolapso ou procidência. Porém, esse problema é mais comumente encontrado em pacientes que realizaram colostomia em

alça.

Em estudo realizado por Silva, abordando 86 pacientes com colostomias e ilectomias entre 2003 e 2009, verificaram-se os seguintes dados: a idade média dos pacientes submetidos a esse tipo de cirurgia eram homens, com idade média de 43, acometidos de lesões traumáticas (dentre elas a principal foi lesão por arma de fogo) e secundariamente câncer colorretal; a colostomia em alça predominou sobre a ileostomia em alça; o tempo médio de permanência foi de 15,7 meses antes do fechamento do estoma, não sendo observado nenhum registro de óbito, e entre as complicações mais encontradas está a infecção incisional, causando morbidade global aos pacientes.

Para o paciente que realiza uma ileostomia, as mudanças não são apenas fisiológicas e anatômicas, mas também, psicológicas, afetando a autoestima e a maneira de ver a vida após a cirurgia. O uso da bolsa de ileostomia é o maior problema mencionado pelos ostomizados, pois afeta seu cotidiano e sua convivência social, pois a bolsa causa incômodo por exalar odores e até vazamentos. Ela, ainda, interfere no relacionamento interpessoal familiar, implicando desinteresse sexual do parceiro por retraimento ao ser visto com a bolsa de ostomia e o que ela representa. Dessa forma, faz-se necessário o apoio não apenas no pré-operatório acerca de como cuidar da ostomia, mas durante todo o processo de adaptação.

Considerações finais

A escolha pela ileostomia só é viável caso haja alguma complicação com o intestino grosso, posto que, a colostomia apresenta menos complicações nas questões fisiológicas do paciente, visto que, haverá uma diminuição na velocidade de evacuação entérica favorecendo uma maior absorção de água e nutrientes auxiliando na manutenção do equilíbrio ácido básico, fazendo com que as fezes se apresentem em um estado mais consistente e pH neutro. Devido às grandes mudanças na vida do indivíduo, o acompanhamento psicológico se faz necessário nesse momento de adaptação.

Referências

GOFFI, Fábio Schmid. **Técnicas Cirúrgicas: Base anatômica, fisiopatológica e técnicas da cirurgia**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

ROCHA, José J., **Estomas intestinais (ileostomias e colostomias) e anastomoses intestinais**. Revista de Medicina. São Paulo, 2011.vol.44,nº.1, pp .51-6.

PINHO, Mauro. **Biologia molecular das doenças inflamatórias intestinais**. *Rev bras. colo-proctol*. 2008, vol.28, n.1, pp. 119-123.

CHAGAS NETO, Francisco Abaeté das et al. **Avaliação e seguimento de pacientes adultos com síndrome do intestino curto pelo exame contrastado de trânsito intestinal**. *Radiol Bras*. 2011, vol.44, n.3, pp. 188-191.

SONOBE, Helena Megumi, BARICHELLO, Elizabeth, ZAGO, Márcia Maria Fontão. **A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia**. *Rev Bras Cancerol* 2002; vol.48,nº3, pp:341-8.

SILVA, Jeany Borges et al. **Perfil epidemiológico e morbimortalidade dos pacientes submetidos à reconstrução de trânsito intestinal: experiência de um centro secundário do nordeste Brasileiro**. *Rev bras. colo-proctol*. 2010, vol.30, n.3, pp. 299-304.

CRUZ, Geraldo Magela Gomes da et al. **Complicações dos estomas em câncer colorretal: revisão de 21 complicações em 276 estomas realizados em 870 pacientes portadores de câncer colorretal**. *Rev bras. colo-proctol*. . 2008, vol.28, n.1, pp. 50-61.

10-ARTETERAPIA COMO DISPOSITIVO TERAPÊUTICO EM GRUPO DE GESTANTES: RELATO DE EXPERIÊNCIA¹

Ana Karla Bezerra da Silva Lima²
Cintia Bezerra Almeida Costa³

Resumo

Durante a gravidez, a mulher passa por diversas modificações corporais provenientes de mudanças e alterações hormonais. Essas modificações mexem com toda a estrutura psicológica e emocional dessas mulheres. Em decorrência disso, seus sentimentos ficam mais aguçados trazendo um grande desconforto devido ao turbilhão de emoções que se processam em suas vidas no dia-a-dia e provenientes da vinda de um novo filho. A oficina da mandala, como arteterapia permitiu que essas mulheres, integrantes de um grupo de gestantes, desenvolvessem um trabalho de arte onde nele tiveram a oportunidade de expressar os seus sentimentos e conflitos relacionados com a gravidez. Essa troca de experiências nos proporcionou uma chance muito rica de vivenciar, os conceitos por elas colocados. Esse convívio nos trouxe uma troca de experiências muito importante, tanto para as gestantes que encontraram apoio neste momento de sensibilização, como para os extensionistas nós estudantes que aprendemos com suas experiências, medos, dúvidas, alegrias.

Palavras-chave: gravidez, oficina, sentimentos.

Introdução

O projeto de extensão é um instrumento de muita importância na vida acadêmica do aluno. Pois, proporciona a oportunidade de ainda como estudante, experimentar e vivenciar a prática da profissão por ele escolhida. Ajudando-o a desfazer seus bloqueios e temores, ansiedades e angústias, proporcionando espaço e oportunidade para que possa questionar, vivenciar e praticar os conteúdos vistos em sala de aula (PELISSON *et al.*, 2003).

É durante o projeto de extensão que nós alunos podemos desenvolver práticas e habilidades didáticas e pedagógicas de suma importância para nossa formação, criando habilidades acerca do contato com o usuário em geral e intensificando sua interação com o professor-orientador (DINIZ *et al.*, 2006).

O grupo de gestantes possui como finalidade proporcionar oportunidade para o desenvolvimento de práticas educativas através da interação humana, com o intuito de oferecer um espaço onde as gestantes possam expressar suas dúvidas, compartilhar seus sentimentos e trocar experiências entre as integrantes e colaboradores (CASTRO, 2013).

Para que as gestantes pudessem expor os seus sentimentos, foi realizada uma oficina intitulada de mandala, que trata-se de uma arteterapia, em que o processo terapêutico ocorre

1 Trabalho vinculado ao grupo de extensão da FACENE, Grupo de gestantes: perspectivas para uma gestação, parto e puerpério saudáveis

2 Acadêmica de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança- FACENE-PB. Bacharel em Ciências Contábeis pela UFPB – João Pessoa/PB, Especialista em Contabilidade Decisória pela UFPB – João Pessoa/PB, Especialista em LIBRAS pelas Faculdades Montenegro – Petrolina/PE, E-mail: lima.anakarla@gmail.com

3 Enfermeira. Mestre em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade Federal da Paraíba. Doutora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (EERP/USP). Professor Adjunto I do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba e FACENE-PB.

através da utilização de modalidades expressivas diversas, podendo ser desenvolvida individualmente ou em grupo, como método de tratamento para o desenvolvimento pessoal, integrando no contexto psicoterapêutico mediadores artísticos (BERNARDO, 2006).

Diante do exposto, neste estudo objetiva-se relatar a experiência vivenciada pelas discentes de enfermagem na utilização da arteterapia, com um grupo de gestantes, e seus benefícios.

Método

A oficina chamada mandala, foi desenvolvida como uma forma de arteterapia na FACENE, localizada no município de João Pessoa-PB, no dia 26 de março deste ano, no projeto de extensão intitulado “Grupo de Gestantes: perspectivas para uma gestação, parto e puerpério saudáveis”. Participam do referido grupo 30 gestantes em diversos estágios da gravidez. Tal grupo se reúne uma vez por semana na citada instituição onde são trabalhados temas variados de profundo interesse para o período gestacional. Os conteúdos são desenvolvidos através de discussão, oficinas, vivências, exposições de temas, trocas de experiências, apresentação de vídeos e atividades lúdicas e artísticas (pintura, jogos).

Esta oficina teve como objetivo conhecer como se encontram a relação dessas mulheres com a sua família, no seu trabalho e o lazer, e como essa relação influencia qualitativamente ou não, no período que as mesmas se encontram.

Após o acolhimento as gestantes foram convidadas a construir uma mandala, para isso oferecemos uma placa de isopor no formato de círculo para cada integrante e diversos tipos de grãos com cores variadas, onde cada cor significava um sentimento ou algo importante na vida de cada uma como família, amor, trabalho, diversão e estresse. Elas fizeram colagens dos grãos em suas mandalas de acordo com a proporção que aquilo representava na sua vida. No final, elas comentaram seus trabalhos e relataram os sentimentos que enfrentavam durante sua gravidez. Depois que cada uma delas apresentou sua arte e o que ela representa em suas vidas, elas também comentam o que gostariam que mudasse para elas naquela realidade.

Resultados e discussão

A participação em um grupo de gestantes como extensionista além de contribuir para formação acadêmica, possibilita a troca de experiências e conhecimentos, promovendo uma melhor compreensão do processo gestacional e proporcionando uma visão mais humana do mesmo.

Vale ressaltar que, durante essa oficina muitos sentimentos foram relatados, enriquecendo nossas experiências enquanto discentes. Pois, esse convívio nos trouxe uma troca de experiências muito importante, tanto para as gestantes que encontraram apoio nos seus momentos de sensibilidade, como para nós estudantes que aprendemos com suas experiências, medos, dúvidas e alegrias (REBERTE; HOGA, 2005).

Essa vivência com as gestantes é muito importante para nossa formação e amadurecimento enquanto futuras enfermeiras, pois, nos dá a chance de colocarmos em prática os conhecimentos e teorias adquiridos em sala de aula, uma vez que nós seremos os profissionais que trabalharão com esse público.

Percebemos ainda, um crescimento em conhecimento e satisfação por parte das gestantes, através de suas expressões e comentários. Pois, as reuniões do grupo aproximam estas mulheres e reduzem sua timidez, fazendo-as abordar temas e assuntos que são de seus interesses e expor suas dúvidas, que na maioria das vezes são comuns ao grupo.

Considerações finais

A oficina teve como objetivo trazer um momento de vivência ao grupo, no qual foram a partilhados os conhecimentos, problemas, angústias, alegrias e realizações das gestantes integrantes, através de uma arteterapia onde elas puderam construir conceitos sobre suas vidas e expressar o que lhes incomodavam e gostariam que fosse modificado.

Esse trabalho nos deu uma experiência e aprofundamento a respeito de como lidar com esse público e suas necessidades emocionais. Tivemos a oportunidade de crescer quanto profissionais, fazendo parte dessa história, dando nossa contribuição na melhoria da qualidade de vida dessas mulheres, ajudando-as a trabalhar sua vida emocional e sentimental durante o ciclo gravídico, visto sob uma ótica fisiológica e hormonal.

Referências

BERNARDO, P.P. **Arteterapia: a arte a serviço da vida e da cura de todas as nossas relações**. In: ARCURI. (org) Arteterapia – um novo campo do conhecimento. São Paulo: Vetor, 2006.

CASTRO, S. M. *et al.* **Ações de Orientação sobre triagem neonatal para gestantes do Distrito de Glória/ Cruzeiro/ Cristal**. In: Congresso Brasileiro de Extensão Universitária, 5., Porto Alegre, 2011. Disponível em: <<http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/Ebooks/Web/978-85-397-0173-5/Sumario/6.1.11.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2014.

DINIZ, A. V.; *et al.* **Monitoria em sala de aula: primeiros passos na construção da docência**. In: 32ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Química. Goiás, 2006. Disponível em: <<http://sec.s bq.org.br/cdrom/32ra/resumos/T1154-1.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2014.

PELISSON, E. F. *et al.* **A monitoria como instrumento de ensino: Um Relato de Experiência**. Revista Brasileira de Educação Médica. Maringá, 2003, v. 33. n. 3. Supl. 3. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/anais/2009/rbem33_sup_3_campo_grande.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2014.

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K. **O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal**. Texto Contexto Enfermagem, 2005, v.14, n.2, p.186-192. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a05v14n2.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2014.

11-TRATAMENTO DAS ENTEROPARASIToses E INFECÇÕES BACTERIANAS DO TRATO GASTROINTESTINAL

Candice Pinheiro Pequeno¹
Napoleão Vinicius Neves da Luz Couto Roriz¹
Nycolle Samara Leite de Almeida¹
Raissa Pinheiro de Lucena¹
Ana Karina Maia²

Resumo

As parasitoses intestinais são endemia importante nos países em desenvolvimento. Os inquéritos parasitológicos vem mostrando com o tempo a prevalência sempre alta para maioria dos parasitas intestinais. A *Salmonella* é a causa mais comum de diarreia associada a alimentos em países desenvolvidos. Os diferentes tipos de *Salmonella* e *Staphilococcus aureus* são os mais frequentes agentes de infecção. Foi realizado pelo método qualitativo, em que se encontrou padrões, conceitos e entendimentos através de livros e artigos. O uso de dieta equilibrada e medicamentos serão as principais armas contra a uma infecção intestinal. É necessário que se ensine ao paciente as medidas de controle preventivas, para que ele não venha logo em seguida a se reinfectar. Concluímos que é de grande importância o conhecimento sobre o tratamento das enteroparasitoses e das principais infecções bacterianas, visto que no futuro, na posição de médicos possamos solucionar os problemas que possam vir a ocorrer relacionados ao tema discutido.

Palavras-chave: Infecção; Controle; Conhecimento.

Introdução

As parasitoses intestinais são endemia importante nos países em desenvolvimento, particularmente naqueles situados na faixa equatorial, onde as condições climáticas se aliam ao baixo nível socioeconômico, saneamento básico deficiente, má educação sanitária e outros fatores relacionados com a pobreza.

As parasitoses intestinais ainda são crescentes entre as pessoas tanto de área urbana como de comunidades ribeirinhas, fato que tentamos explicar pelo aumento desordenado da população, principalmente na periferia dessas aglomerações.

A seleção de uma droga antiparasitária deve obedecer a determinados critérios que ofereçam maior número de vantagens, de acordo com cada caso, como: atividade terapêutica comprovada, facilidade de administração, amplo espectro de atividade, uso em dose única ou em esquemas de curta duração, baixo custo e possibilidade de emprego em tratamento em massa e de uso profilático.

Já as infecções se caracterizam por um retardo no surgimento de distúrbios gastrointestinais enquanto o patógeno aumenta em número ou afeta o tecido invadido. Ocorre quando um patógeno penetra no trato gastrointestinal e se multiplica, e pode penetrar na mucosa intestinal e crescer ali ou podem passar para outros órgãos sistêmicos. Nas Infecções geralmente também há febre, sendo esta uma das respostas gerais do corpo a um organismo infeccioso. A intoxicação é causada pela ingestão de uma toxina pré-formada, já que existem alguns patógenos que causam doença formando toxinas que afetam o trato gastrointestinal. São caracterizadas por um aparecimento muito súbito de sintomas de distúrbios gastrointestinais. A febre é menos frequente. Ambas, infecção e intoxicação causam diarreia. Ambos os tipos de doenças do sistema digestivo também são acompanhados por cólicas abdominais, náuseas e vômitos. Alguns sintomas estão presentes nas infecções do trato gastrointestinal como diarreia que é liberação anormal de fezes, perda de fluidos e eletrólitos. Disenteria que é um distúrbio inflamatório, geralmente associado a sangue e pus (fezes) e

¹Discentes do Projeto de Extensão Educação e Saúde: Prevenção das doenças Infeciosas Bacterianas

²Coordenadora do Projeto de Extensão Educação e Saúde: Prevenção das doenças Infeciosas Bacterianas

acompanhados de dor, febre, cólicas.

Os principais agentes etiológicos são *Escherichia coli*, *Salmonella*, *Shigella*, *Yersinia enterocolitica*, *Campylobacter*, *Vibrio cholerae*, *Vibrio parahaemolyticus*, *Staphylococcus aureus*, *Bacillus cereus*, *Clostridium botulinum*.

É a principal causa de mortalidade infantil (países em desenvolvimento), varia de branda e autolimitada até a grave, com desidratação e morte. A transmissão ocorre via fecal-oral.

Método

Estudo do tipo qualitativo acerca do tratamento das parasitoses e infecções bacterianas, com pesquisas realizadas em artigos e livros por alunos do Projeto de Extensão Educação e Saúde: Prevenção das doenças Infeciosas Bacterianas.

Resultados

Ascaris lumbricoides

São cilíndricos, esbranquiçados e medem entre 15 e 40 cm de comprimento. Podem ocorrer manifestações como cólicas abdominais, náuseas, desconforto abdominal e carências nutricionais. Os ovos podem ser encontrados nas fezes do hospedeiro e verme adulto e serem eliminados pela boca, nariz e ânus.

Enterobius vermicularis (ou *Oxiurus vermicularis*)

O parasita aloja-se nas partes terminais do intestino grosso (ceco e reto). Produz coceira anal e vulvar. O ato de coçar pode lesar ainda mais a região, possibilitando infecção bacteriana secundária, inclusive na região da vagina. O principal mecanismo de auto-infecção é quando a criança ou o adulto leva os ovos da região perianal à boca.

Trichuris trichiura

Mede de 3 a 5 cm de comprimento e se aloja no intestino grosso do hospedeiro, provocando erosões e ulcerações.

Taenia spp

Verme achatado que chega a medir 9 m de comprimento. É o maior verme que existe, podendo eliminar de 30 a 60 mil ovos por dia. Podem causar fadiga, irritação, anorexia, náuseas, dor abdominal, perda de peso, diarreia e/ou constipação.

Ancylostomaduodenale (*Ancylostomaduodenale* e *Necator americanus*) Verme cilíndrico que pode medir entre 0,7 e 1,5 cm de comprimento. Aloja-se no intestino delgado onde suga o sangue do hospedeiro, podendo causar anemia.

Discussão

Para evitar uma intoxicação alimentar deve-se tomar alguns cuidados como evitar comer sanduíches na rua; Só comer alimentos que tenham boa procedência, como em restaurantes ou lanchonetes em que os alimentos não fiquem expostos; na praia, o ideal é levar seus alimentos de casa, evitando comprar sanduíches, sucos e espetinhos dos vendedores livres; no verão, em dias de muito calor, evitar comer maionese, ou outros molhos que possam estragar com certa facilidade; não comer alimentos mal passados; sempre lavar as mãos com água e sabão antes de comer.

Durante o tratamento deve-se beber muita água. Como a infecção intestinal pode ser causada por bactérias, fungos, parasitas e vírus, por exemplo, o medicamento indicado para o tratamento varia de caso a caso. Por isto, é extremamente importante a ida ao médico assim que os sintomas derem início. Somente após exames e análises você terá certeza do seu diagnóstico e saberá qual é o medicamento certo para o seu tratamento.

Mantenha sempre bons hábitos de higiene e beba somente água filtrada ou fervida. Deve-se ter atenção aos alimentos ingeridos para evitar futuras complicações.

Considerações finais

Uma alimentação cuidadosa é o caminho correto para uma vida saudável. Então é necessário que os alimentos sejam escolhidos, armazenados e consumidos de uma maneira correta.

O conhecimento de todas as enteroparasitoses e das principais infecções bacterianas é de extrema importância para que o tratamento seja o mais correto possível, tendo em vista que a principal forma de acabar com as intoxicações alimentares é através da prevenção, sendo esta realizada através do saneamento básico, cuidados no preparo de alimentos e medidas básicas de higiene, como lavar as mãos antes de almoçar e depois de ir ao banheiro. A grande dificuldade da erradicação das parasitoses intestinais é o crescimento desordenado de indivíduos em locais inadequados e predispostos a essas intoxicações alimentares.

Concluimos portanto que é necessário que se lave bem as mãos antes das refeições ou de lidar com alimentos, embale adequadamente os alimentos antes de colocá-los na geladeira, evite comer carne crua e mal passada qualquer que seja sua procedência, especialmente a carne e os miúdos de frango, assim como os ovos devem ser bem cozidos porque são os transmissores mais comuns da bactéria *Salmonella* e só tome leite fervido ou pasteurizado.

12-RESISTÊNCIA AOS ANTIBIÓTICOS: SOBRE UM OLHAR DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA¹

José Josias de Carvalho Batista Filho²

Camilla de Almeida Franca Falcão³

Tereza Neuman de Oliveira Miranda Neta³

Ana Karina Holanda Leite Maia⁴

Clélia de Alencar Xavier Mota⁵

Resumo

Para combater infecções bacterianas, utilizamos antimicrobianos, esses medicamentos atuam seletivamente nas bactérias inibindo seu desenvolvimento ou sua falência. Entretanto, o uso incorreto dos mesmos, gera uma resistência desses microrganismos que podem ocorrer de várias formas: através de enzimas que inativam os antimicrobianos, alterações de vias enzimáticas, mutações e alterações do sítio de ação dos antibióticos e através da diminuição da concentração dos antimicrobianos devido às proteínas de efluxo bacterianas. Essa resistência ameaça diretamente à saúde humana. Gerada pelo uso irracional de antibióticos, em utilização de infecções não-bacterianas, posologias incorretas, necessidades de condutas simultâneas, como também a falta de conhecimentos microbiológicos. Para controlar essa resistência é necessário reconhecer e estudar novas medidas que combatam essas bactérias multirresistentes, conscientizar-se do uso correto, e uma abordagem multidisciplinar. Uma das conseqüências dessa resistência é que futuramente estaremos em uma era “pré-antibiótica”, onde a escassez de medicamentos curativos causará um transtorno à saúde mundial.

Palavras-chave: Farmacorresistência Bacteriana, Viabilidade Bacteriana, Antimicrobianos.

Introdução

Desde surgimento dos antimicrobianos, houve resistência das bactérias. Para quase todo antimicrobiano fabricado as bactérias conseguem desenvolver um modo de resistência, com o tempo a batalha entre estes e aqueles vem pendendo para o lado das bactérias, que apresentam a evolução como principal aliada, já que em bactérias ocorre em 20 minutos, enquanto humanos, animais e outros seres, precisam de décadas. Com isso, algumas bactérias, com mutações aleatórias e bem-sucedidas acabam se tornando resistentes ao ataque medicamentoso.

A resistência aos mesmos é um problema complexo e profundo, com o qual contribui o uso indevido de antibióticos principalmente nos países desenvolvidos. As equipes de profissionais da saúde também estão intensificando a vigilância, na esperança de identificar pacientes portadores de bactérias resistentes para que sejam isolados antes de infectar outros.

Diante deste cenário alarmante, fármacos que hoje lideram as listas dos mais vendidos correm o risco de entrarem em desuso, devido ao aumento da resistência bacteriana. Desta forma, cientistas vêm procurando desenvolver técnicas que consigam desvendar os mecanismos pelos quais determinadas bactérias tornam-se resistentes e a partir disto elaborar fórmulas capazes de combater tal resistência.

¹Projeto de extensão de Educação e Saúde: Prevenção de Doenças Infecciosas e Ectoparasitoses dos Acadêmicos do Curso de Medicina da FAMENE.

²Discente relator da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa – PB), josiasbatistafilho@gmail.com.

³Discentes da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa – PB)

⁴Docente orientadora da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa – PB), anakarinamaia@hotmail.com.

⁵Docente colaboradora da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa – PB).

A demanda cresce por novas substâncias capazes de inibir, em concentrações baixas, processos vitais de uma ou mais espécies de organismos resistentes tem provocado uma verdadeira corrida em busca de agentes antibacterianos de origem natural ou sintética cada vez mais eficientes. Deste modo, têm-se como objetivo mostrar um olhar sobre a vigilância epidemiológica e o uso indiscriminado de antibióticos, gerando assim, um crescimento da resistência bacteriana.

Método

Trata-se de uma revisão da literatura, que para sua realização buscou-se uma vasta sustentação bibliográfica na literatura, além de influências de artigos por assuntos que fossem convenientes aqui abordados, tendo como base artigos publicados a partir do ano de 2004 a 2014. Tomando como referência metodológica uma visão holística no âmbito que se refere à resistência aos antibióticos. As bases de dados pesquisados foram Scielo, Lilacs e o Google Acadêmico. Foi usado o decs.bvs.br para o uso dos descritores: farmacoresistência bacteriana, viabilidade bacteriana e antimicrobianos.

Para a construção do desenvolvimento deste trabalho após análise das publicações, propôs-se que os temas aqui apresentados e discutidos, fossem tais como a utilização inadequada e a má acessibilidade desses medicamentos que direta ou indiretamente cursam em direção à sua resistência.

Resultados e discussão

Resistência ao antibiótico é quando o medicamento passa a não ter efeito sobre a multiplicação dos microorganismos. Ou seja, independentemente do nível terapêutico deste antibiótico, ainda há proliferação das bactérias. O uso indiscriminado da antibioterapia é considerado o principal fator desencadeador da seletividade das bactérias, tornando-as resistentes. Além disso, outros fatores influenciam na seleção de mutantes antibióticos resistentes e esses incluem o estado imunológico geral do paciente, a quantidade de bactérias no sítio de infecção, o mecanismo de ação do antibiótico e o nível da droga que atinge a população microbiana. Diversas vezes os antibióticos são utilizados de forma intensa, sem a devida prescrição médica e em doses erradas. Quando um processo infeccioso acomete o ser humano, e este faz uso de antibióticos, o potencial medicamentoso age sobre a parede celular do agente etiológico, as bactérias, eliminando as formas sensíveis, não resistentes. Erroneamente dizemos que após um tratamento ineficaz, o processo infeccioso ainda persiste ou mesmo se intensifica. Isso ocorre por diversos fatores, na maioria dos casos por inobservância do indivíduo medicado quanto à periodicidade da prescrição, automedicação, ou muito raramente por prescrição indevida. A resistência das bactérias se dá devido à existência de elementos genéticos móveis, que permite à transmissão de genes de resistência de uma bactéria a outra, podendo ocorrer através da conjugação ou de um vírus bacteriófago; também pela utilização demasiada de antibióticos que levam à proliferação de bactérias resistentes e a disseminação desses microrganismos entre regiões geográficas distintas devido ao grande número de viajantes, além de mutações genéticas que influencia diretamente nessa resistência.

A contribuição individual para evitar essa resistência é tomar medidas de precaução como ter uma boa higiene, lavar as mãos antes e após as refeições, tomar o antibiótico quando for prescrito por um médico, evitar a auto-medicação, todas essas precauções previne as doenças e conseqüentemente o aumento da resistência das bactérias aos antibióticos. Quanto à utilização desses medicamentos, alguns hospitais formam comissões para discutir “Políticas de antibióticos” em que visam medidas rígidas para seu consumo. Essas regras garantem o uso racional e evitam as resistências aos antibióticos. As bactérias resistentes são preocupações à nível mundial, sendo hoje uma das maiores publicações sobre antimicrobianos. Estes são os únicos medicamentos que influenciam não somente o paciente em fase de tratamento, mas também todo ecossistema em que ele vive.

Uma maneira de dominar a resistência é modificar os antibióticos existentes, reforçando suas ações. Como também meios que possam interferir nos mecanismos responsáveis pela resistência, como alterando a troca de material genético, podendo eliminar a transferência de genes de resistência entre as bactérias.

Considerações finais

É necessário observar que a resistência aos antibióticos é um grande problema nos serviços de saúde. Devem-se implantar medidas para controlar a disseminação de microorganismos resistentes, evitando assim, um futuro de ações terapêuticas escassas no tratamento de enfermidades. Além disso, é de extrema relevância criar políticas eficientes para o uso racional de antimicrobianos, como implementação de Guidelines, protocolos clínicos atualizados embasados em evidências científicas, entre outras medidas.

Cabe, uma reflexão sobre os caminhos da humanidade, envolvida com problemas primários de saneamento básico, desnutrição, mortalidade infantil, perseguições étnicas e religiosas, diferenças sociais alarmantes, extermínio de povos e culturas, guerras, drogas, violência, agressão ao meio ambiente. E é aqui, neste último contexto que surgem os microorganismos resistentes. Estes microorganismos são frutos do uso, do mau uso e, sobretudo, do abuso das substâncias antimicrobianas, num desvario sem precedentes e com as mais intoleráveis justificativas.

É necessário discutir se a disseminação de microorganismos resistentes causando doenças no homem é o resultado da ignorância, da má administração, da ganância. É dever da humanidade não permitir que as substâncias antimicrobianas colocadas à disposição do homem continuem perdendo sua eficácia. É necessária a educação continuada dos profissionais da saúde para a prescrição dos antimicrobianos e a educação da população sobre a sua utilidade.

Referências

Morales AP, Caldas C. **De volta à era pré-antibiótica: a busca emergencial por novos arcabouços**. Ciência e Cultura; 2010. Disponível em <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S0009-67252010000400006&script=sci_arttext> Acesso em 23 ago 2014, 10:19:37.

Mota LM, Vilar FC, Dias LBA, Nunes TF, Moriguti JC. **Uso racional de antimicrobianos**, Medicina(Ribeirão Preto), 2010. Disponível em <http://revista.fmrp.usp.br/2010/vol43n2/Simp8_Uso%20racional%20de%20antimicrobianos.pdf> Acesso em 23 ago 2014, 10:25:35.

Wannmacher L. **Uso indiscriminado de antibióticos e resistência microbiana: Uma guerra perdida? Uso racional de medicamentos**, 2004. Disponível em <<http://www.sbfc.org.br/site/admin/conteudo/pdfs/3369283366.pdf>> Acesso em 23 ago 2014, 11:48:53.

Silveira GP, Nome F, Gesser JC, Sá MM. **Estratégias utilizadas no combate a resistência bacteriana**, 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/qn/v29n4/30269.pdf>> Acesso em 23 ago 2014, 12:25:23.

13-A ESTRATEGIA DO PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO COMO FORMA DE INCLUSÃO DE MULHERES NA USF IPIRANGA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Luanna Polari¹

Sônia Mara Gusmão Costa²

Iara Medeiros de Araújo²

Cristina Katya Torres Teixeira Mendes³

Resumo

Considerando que uma das ações de saúde proposta pelo SUS para as bases conceituais da Estratégia de Saúde da Família fundamenta-se na gestão participativa, tendo como característica a inclusão de novos atores sociais, “a população” partimos desse novo paradigma para implementar o Projeto Qualidade de Vida e Práticas Complementares a Saúde da Mulher na Comunidade entre os profissionais da USF do Ipiranga, e a população adstrita. O trabalho fundamentou-se nos princípios metodológicos da pesquisa participante, envolvendo: 1 – Planejamento participativo> Organização do Plano de Ação> Grupo de Atenção à Mulheres Climatéricas e o Dia D da Gestante. 2 – Construção de Mapa da Comunicação >Intersetorialidade. A implementação desse trabalho foi inovador a nível de prática na Unidade de Saúde, por criar possibilidades de instituir os mecanismos para a gestão participativa e de relevância do posto de vista científico, como primeiro passo, para pensar a organização e o cuidado popular.

Palavras-chave: planejamento, participativo, mulheres.

Introdução

A saúde não deve se restringir ao tradicional conceito de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Deve ser abordada, também, no contexto cultural, histórico e antropológico nos quais estão os indivíduos que querem ser saudáveis e livres de doenças. Essa abordagem é fundamental ao se analisar a questão da saúde da mulher brasileira, em especial daquela de menor renda, pois apresenta evidentes carências das chamadas necessidades básicas, as quais interferem na sua saúde e no bem-estar. Essa mulher carece, frequentemente, de alimentação, moradia, trabalho digno e adequadamente remunerado, educação, cultura, lazer, dentre outros.

Evidentemente, essa doença social, que acomete um número expressivo de mulheres, determina ou agrava condições biológicas e psicológicas que põem em risco sua vida, sua saúde e seu bem-estar. É com essa abrangência conceitual que será possível identificar estratégias e programas de saúde que possam reduzir a distância entre os vastos e importantes conhecimentos científicos e tecnológicos adquiridos neste século e, também, minimizar sua limitada aplicação por meio de uma visão humanística na promoção da saúde das pessoas. (ONU, 1996)

Não se pode aguardar que as medidas estruturais necessárias à correção dos graves problemas econômicos e sociais do país sejam adotadas em sua plenitude e surtam os efeitos desejados para que o setor de saúde se mobilize na correção de seus problemas específicos. Mas, por outro lado, é importante que, no desenvolvimento de programas de combate a esses problemas específicos de saúde de determinados grupos populacionais, não se perca a dimensão da real profundidade da interferência dessas questões político-econômicas e sociais no estado de saúde de cada cidadã e de cada cidadão brasileiros.

Relato de Experiência da Implantação do Projeto Qualidade de Vida e Práticas Complementares a Saúde da Mulher na Comunidade;

1 Bolsista do Projeto e Discente da Faculdade de Medicina Nova Esperança, Relatora – autora do trabalho;

2 Professora- Colaboradora da e Docente da Faculdade de Medicina Nova Esperança, autora do trabalho;

3 Coordenadora do Projeto e Docente da Faculdade de Medicina Nova Esperança, autora do trabalho;

No caso da mulher, acresce-se à problemática já explicitada as questões, também complexas, relacionadas às relações de gênero, de não tão simples resolução, por refletirem padrões culturais dominantes na sociedade. A definição de identidade sexual como fator eminentemente biológico – em que as características anatômicas, fisiológicas e hormonais definem macho e fêmea – é por demais estreita para abarcar a totalidade dos universos masculino e feminino. A identidade cultural de gênero é construída no tempo e no espaço e cria estereótipos de papéis diferenciados, marcados pelos interesses imediatos das sociedades nos diferentes momentos históricos. Ao longo dos séculos, construiu-se um modelo social predominante que vem impedindo a mulher de ser sujeito pleno de sua própria história. Esse modelo predetermina formas de conhecimento e ação, na área da saúde inclusive, que evidenciam seu caráter patriarcal. (COSTA, 2005)

Esses determinantes históricos e sociais vêm se refletindo, ao longo dos tempos, na atuação médica nas questões relacionadas à saúde da mulher. A exaltação da maternidade (discurso dominante a partir do século XIX) trouxe no seu bojo não a proteção da mulher em face às vulnerabilidades a que está exposta no processo.

Considerando que uma das ações de saúde proposta pelo SUS para as bases conceituais da Estratégia de Saúde da Família fundamenta-se na gestão participativa, tendo como característica a inclusão de novos atores sociais, “a população” partimos desse novo paradigma para implementar o Projeto Qualidade de Vida e Práticas Complementares a Saúde da Mulher na Comunidade entre os profissionais da Unidade de Saúde da Família (USF) do Ipiranga, e a população adstrita.

O objetivo deste trabalho é planejar e implementar as ações do projeto Qualidade de Vida e Práticas Complementares a Saúde da Mulher na Comunidade.

Método

Pesquisa qualitativa do tipo metodológica, desenvolvida na Unidade de Saúde da Família Ipiranga no Bairro Valentina de Figueiredo em João Pessoa-PB, a população envolvida foi composta por 11 trabalhadores de saúde da referida unidade e 07 mulheres da comunidade, em maio de 2014.

Resultados e discussão

O projeto Qualidade de Vida e Práticas Complementares a Saúde da Mulher na Comunidade desenvolve atividades diretamente relacionadas ao objeto de trabalho do profissional de saúde, bem como atividades relacionadas aos cuidados gerais com a saúde individual e coletiva, em parceria com o Projeto de Educação Popular em Saúde.

Na primeira fase do projeto (fase de elaboração da intervenção) foi desenvolvida uma proposta de intervenção em grupo, baseada nas necessidades e problemas das mulheres. Este trabalho fundamentou-se nos princípios metodológicos da pesquisa participante, envolvendo: 1 – Planejamento participativo > Organização do Plano de Ação > Dia D da Gestante e um Grupo de Atenção à Mulheres Climatéricas. 2 – Construção de Mapa da Comunicação > Intersetorialidade.

Na Etapa 1: foi realizada no mês de maio de 2014, uma (01) visita semanal a USF Ipiranga, totalizando quatro reuniões. Nestas reuniões compareceram no total 03 enfermeiras, 01 apoiadora da gestão municipal de saúde, 01 apoiadora da gestão municipal de saúde, 6 agentes comunitários de saúde e 07 mulheres da comunidade. Com um estudo observacional e de coletas de dados dos prontuários das mulheres cadastradas na USF Ipiranga foi realizada um estudo descritivo do perfil sócio demográfico das usuárias. Em seguida foi construído um plano de ação para ser desenvolvido na USF do Ipiranga: A implantação e implementação do *Grupo de Atenção a Mulheres Climatéricas*, com data de início para 19 de setembro 2014, como também *Dia D da Gestante* que será realizado no dia 17 de outubro de 2014.

Na Etapa 2: para facilitar a comunicação e transparência do trabalho foi criada uma ferramenta interação via grupo pelo Whatsapp Messenger entre todos os participantes para como

Construção inicial de Mapa da Comunicação. E a partir de todas as discussões entre reuniões presenciais e virtuais surgiu a necessidade de articulação com outros setores para melhor atuação do nosso projeto.

Ao decorrer das reuniões, percebeu-se que houve o surgimento de um vínculo interativo entre todos envolvidos, pôde-se observar que os objetivos esperados foram alcançados, no tocante que as mesmas assimilaram os assuntos que sempre discutia-se. A socialização das experiências individuais foi destacada como essencial na troca e no aprendizado mútuo. Esta vivência proporcionou um aprendizado único para os integrantes do projeto, até então envolvidos anteriormente apenas na abordagem tradicional de planejamento. As experiências permitiram a extensionista perceber e sentir como o saber construído em reunião, ou seja, fora da faculdade, possibilita uma nova visão e melhor interação com o conhecimento adquirido na academia, além de obterem uma verdadeira compreensão da importância da intersetorialidade, apontando para uma reorientação da formação, comprometida com o Sistema único de Saúde.

Considerações finais

Verificou-se que a implementação deste trabalho foi inovador a nível de prática na Unidade de Saúde do Ipiranga, por criar possibilidades de instituir os mecanismos para a gestão participativa e de relevância do posto de vista científico, como primeiro passo, para pensar a organização e o cuidado popular. Observamos que para conseguir intervir sobre as principais disfunções que acometem as mulheres, além das medidas para a promoção da qualidade de vida deste grupo nas diferentes fases do seu ciclo de vida na Comunidade adstrita a USF do Ipiranga teremos que realizar continuamente um trabalho interdisciplinar e intersetorial, pois o campo de atuação é amplo e necessita de cuidados.

Referências

COSTA, A.A.A. O movimento feminista no Brasil: dinâmicas de uma intervenção política. **Gênero**, Niterói, v. 5, n. 2, p. 9-35, 2005.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **IV Conferência Internacional sobre a Mulher**. Beijing, China, 1995. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

14-PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE INTOXICAÇÃO ALIMENTAR POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS E GIARDIA SP.: REVISÃO LITERÁRIA¹

Gabriela Farias Barbosa²

Camilla de Souza Dantas³

Tainá Santos Cavalcanti de Carvalho³

Thassiana Guimaraes dos Anjos Ferreira³

Ana Karina Holanda Leite Maia⁴

Clélia de Alencar Xavier Mota⁵

Resumo

Nos últimos anos, muitos fatores, determinaram alterações nos hábitos alimentares da população Brasileira. Dentre os quais destacasse o crescimento populacional e o aumento do poder aquisitivo. As Doenças Transmitidas por Alimentos (DTAs), são um grande problema para a saúde pública mundial. Surto de infecção alimentar são comumente relatados, destacando-se os causados por *S. aureus*. Sua presença nos alimentos pode ser originada dos próprios manipuladores de alimentos portadores de infecções piogênicas ou de portadores sãos. Além das bactérias, têm-se os protozoários que podem causar a intoxicação, dentre eles destacam-se a *Giardia sp.* O objetivo desse estudo foi descrever, mediante revisão de literatura, as principais causas dessa patologia, focando no tratamento e prevenção. Trata-se de um levantamento bibliográfico, mediante pesquisa em livros e nos bancos de dados Lilacs e Mediline. Estudos mostraram que as intoxicações alimentares podem ser evitadas com medidas que visem a educação do manipulador, além da conscientização da sociedade.

Palavras-chave: manipulação de alimentos. Intoxicação alimentar. Doenças transmitidas por alimentos.

Introdução

As Doenças Transmitidas por Alimentos (DTAs) atualmente, são um grande problema para a saúde pública mundial. As bactérias constituem um grande grupo de microorganismos causadores de patologias, entre estas temos as que estão relacionadas a práticas inadequadas de manipulação e processamento de alimentos, como o *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*).

Surto de infecção alimentar são comumente relatados, e os causados por *S. aureus* são os mais frequentes, pois havendo no alimento condições favoráveis à sua multiplicação, em poucas horas, certas cepas produzem uma toxina que é responsável pelo quadro clínico, possuindo então um alto poder de virulência, resistência aos antimicrobianos e associação a várias doenças, incluindo enfermidades sistêmicas potencialmente fatais, infecções cutâneas, infecções oportunistas e intoxicação alimentar (LOWRY, 1998).

Os protozoários também podem ser causadores de intoxicação, dentre eles destacam-se a *G. lamblia*, *G. intestinalis* ou *G. duodenale* são os sinônimos dados à mesma espécie de parasitas protozoários flagelados, a qual geralmente está relacionada ao consumo de água contaminada. Menos de 20% dos casos de infecções intestinais pela *Giardia* nos adultos apresentam sintomatologia. Tais portadores assintomáticos podem excretar os cistos nas fezes durante semanas ou meses, os quais são bastante resistentes e viáveis por longo período de tempo no meio-ambiente, contaminando a água e os alimentos.

A prevenção de DTAs necessita de medidas higiênicas e o adequado controle de temperatura, que devem ser aplicadas em todas as etapas de produção, colheita, distribuição, armazenamento, preparo e consumo dos alimentos. Estas medidas incluem desde a qualidade sanitária da água utilizada para regar as plantações, a higiene dos abatedouros, a higiene e o controle de temperatura nos restaurantes, até a higiene do próprio consumidor, como o simples

hábito de lavar as mãos.

O objetivo desse estudo é abordar as principais causas de intoxicação alimentar, focando no tratamento e prevenção dessa patologia tão comum no cotidiano da população brasileira.

Método

Foi realizado um levantamento bibliográfico, mediante pesquisa em livros e nos bancos de dados Lilacs e Mediline. Para tantos, foram utilizadas as seguintes palavras-chaves: intoxicação, alimentos, tratamento. Mediante análise dessas publicações, foi possível contextualizar o tratamento e prevenção da intoxicação mencionado na literatura.

Resultados e discussão

Os *Staphylococcus* são cocos Gram e catalase-positivos, imóveis, não-esporulados e geralmente não-encapsulados. Habita frequentemente a mucosa nasal, a partir das quais contamina as mãos. Geralmente a contaminação ocorre por intermédio dos cozinheiros, que são na maioria das vezes portadores da bactéria nos dedos e narinas. E Destas fontes, pode facilmente penetrar no alimento (TORTORA, FUNKE, CASE, 2000; ACHESON, 2000).

Lowry (1998) aponta que o *Staphylococcus aureus* é um importante patógeno devido à sua virulência, resistência aos antimicrobianos e associação a várias doenças, incluindo enfermidades sistêmicas potencialmente fatais, infecções cutâneas, infecções oportunistas e intoxicação alimentar.

A intoxicação alimentar causada por este microrganismo é devido à contaminação de alimentos pelas exotoxinas produzidas pela bactéria (ACHESON, 2000).

Estas toxinas podem causar choque tóxico e estão comumente associadas com as intoxicações alimentares e diversas formas de alergias e doenças autoimunes (BALABAN & RASOOLY, 2000).

O diagnóstico deve ser feito com base em levantamento do quadro clínico e história de ingestão de alimentos suspeitos, entrevistando-se vítimas e comensais. Alimentos incriminados na investigação epidemiológica devem ser coletados e examinados para *Staphylococcus*

A desidratação, devido aos vômitos e diarreia, é a principal complicação, devendo o tratamento corresponder às medidas de suporte com hidratação oral ou venosa (ACHESON, 2000).

Além das bactérias, os protozoários também podem ser apontados como uma das causas de intoxicação alimentar, dentre eles destacam-se a *G. lamblia*, *G. intestinalis* ou *G. duodenale* são os sinônimos dados à mesma espécie de parasitas protozoários flagelados. Portanto, segundo Acheson (2000), é provavelmente o protozário entérico mais encontrado mundialmente.

Entre as principais causas de doenças de origem parasitária, veiculadas por alimentos, está a manipulação inadequada dos mesmos, pois representam importante fonte de transmissão de patógenos.

De acordo com Oliveira (2009) os manipuladores são a principal via de transmissão/contaminação dos alimentos e por isso devem ser capacitados periodicamente a fim de adquirirem boas práticas de manipulação para manter a qualidade do alimento e minimizar a contaminação dos mesmos e surtos de doenças transmitidas por alimentos. O manipulador de alimentos parasitado e assintomático pode representar uma fonte de transmissão duradoura, podendo propagar os enteroparasitas para os alimentos através das mãos contaminadas. Assim, a identificação da ocorrência de enteroparasitoses em manipuladores pode ser uma importante medida para contribuir na prevenção da contaminação de alimentos.

O diagnóstico é feito pela identificação de cistos ou trofozoítos nas fezes. As técnicas imunoenzimáticas para detecção dos antígenos da giárdia nas fezes e em aspirado duodenal apresentam sensibilidade e especificidade elevadas. O tratamento é feito com o uso de derivados imidazólicos como: Metronidazol na dose de 15 a 20 mg/kg/dia de 12/12 horas por 5 dias, tinidazol 50mg/kg/dose dose única, nimerazol 15-20mg/kg/dia de 12/12 horas por 5 dias, ou secnidazol na dose de 30 mg/kg/dia dose única (BRES DIN, 2000).

Considerações finais

Com base nos resultados dessa revisão bibliográfica, observa-se que a contaminação biológica de alimentos é um problema de saúde pública no Brasil, assim como afeta o mundo todo. No país, existe normatização adequada para controle sanitário dos alimentos, como o Regulamento de Inspeção Industrial e Sanitária de Produtos de Origem Animal (RIISPOA), do Ministério da Agricultura. Porém, ainda falta a fiscalização efetiva e permanente da produção, conservação e comercialização de alimentos pelos serviços estaduais e municipais de vigilância sanitária, aos quais é delegado o poder de inspecionar e punir os infratores.

Referências

- ACHESON, D.W.K. **Pediatric Gastrointestinal Disease**. 3^a edition. 2000. pp 485-501.
- BALABAN, N; RASOOLY, A. **Staphylococcal enterotoxin: a review**. *Int y food microbiol*, V 61, P. 1-10, 2000.
- BRESDIN, A.M.B and cols. **Parasitoses intestinais em: Pediatria em consultório**. pp567-595, Sarvier, 4^a edição , 2000.
- BRESOLIN, B. M. Z., DALL'STELLA, J. K., SILVA, S. E. F., **PESQUISA SOBRE A BACTÉRIA STAPHYLOCOCCUS AUREUS NA MUCOSA NASAL E MÃOS DE MANIPULADORES DE ALIMENTOS EM CURITIBA/PARANÁ/BRASIL**, *Estud. Biolog.*, v.27, n.59, abr./jun. 2005.
- CHESNEAU O, MORVAN A, GRIMONT F, LABISCHINSKI H, EL SOLH N. **Staphylococcus pasteurii sp. Nov. Isolated from human, animal, and food specimens**. *Int J Syst Bacteriol*. 1993; 43:237-44.
- HAJEK, V. **Staphylococcus intermedius, a new species isolated from animals**. *Int J Syst Bacteriol* 1992; 26: 401-8.
- MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **MÉTODO DO TRABALHO CIENTÍFICO**. São Paulo: Editora Atlas, 1992. 4a ed. p.43 e 44.
- SOUZA, E. L.; FREITAS, W. C.; TRAVASSOS, A. E. R.; SOUSA, C. P. **Antistaphylococcal Effectiveness of Nisaplin in Refrigerated Pizza Doughs**. *Braz Arch Biol Technol*, 2008.

15-VASECTOMIA EM CADÁVER: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICOS DE MEDICINA¹

Kíssia Roberta de Luna Celani⁴
Renatha Figueiredo de Oliveira³
Tânia Regina Ferreira Cavalcanti²

Resumo

Vasectomia é um procedimento onde parte do ducto deferente é ligada e/ou excisada por meio de uma incisão na parte pósterio-superior do escroto. Portanto, o líquido ejaculado não contém espermatozoides, apenas a secreção decorrente das glândulas seminais, próstata e glândulas bulbouretrais. Foi utilizado um cadáver da Faculdade de Medicina Nova Esperança conservado à formaldeído 10% e instrumentos de dissecação. A partir da visualização e palpação da região escrotal definiu-se o local para execução do procedimento. Realizou-se uma incisão, dissecando camadas do escroto e demais envoltórios. Exteriorizou-se o ducto deferente, realizando a ressecção de um segmento deste e suas extremidades foram suturadas. O procedimento não foi realizado de acordo com os métodos tradicionais cirúrgicos de esterilização in vivo, devido ao enrijecimento do corpo após a morte e a fixação em formol.

Palavras-chave: vasectomia. Espermatozóide. Ducto deferente.

Introdução

O método comum de esterilização masculina é uma deferentectomia, comumente denominada vasectomia. É um procedimento simples, seguro, pouco invasivo e não há necessidade de internação hospitalar, podendo ser realizado no próprio consultório médico¹.

Dentre as principais razões que levam a vasectomia encontra-se: a segurança e simplicidade para evitar a gravidez (25,92%); doença de risco associada à gestação (25,92%); dificuldades financeiras (22,22%), não adaptação e/ou efeitos adversos a outros métodos (18,51%), maior comodidade (3,70%) e idade materna avançada (3,70%)².

A deferentectomia ou vasectomia consiste na excisão e/ou ligadura de parte do ducto deferente por meio de uma incisão na porção superior do escroto³. Dessa forma, impede que o líquido ejaculado produzido pelas glândulas seminais, pela próstata e pelas glândulas bulbouretrais contenha espermatozoides. Os espermatozoides não-expelidos degeneram-se no epidídimo e na porção proximal do ducto.³

Sobre o procedimento cirúrgico, são realizadas as técnicas antissépticas adequadas e a anestesia é local, com o bloqueio do cordão espermático e da bolsa escrotal realizado com lidocaína 1 a 2% ou com bupivacaína 0,5%, ambos sem vasoconstritores^{4,5}.

Para homens pós-vasectomizados que manifeste o desejo de ter filhos é possível fazer a reversão cirúrgica da vasectomia. No entanto, esse é um procedimento mais delicado, realizado em nível hospitalar, sob anestesia troncular, com a utilização de material de microcirurgia, incluindo microscópio, e a taxa de sucesso operatório varia de acordo com a duração de anos decorridos após a esterilização⁶.

² Professora orientadora da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

³ Acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

⁴ Acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE. End: Rua Maria Alves da Rocha, n. 98, Aeroclube, João Pessoa PB. Email: kissia_celani@hotmail.com.

Quanto às complicações no pós-operatório, normalmente, elas são mínimas, podendo haver formação de hematoma, presença de dor, de edema, de infecção, deepididimite². Esse procedimento também não apresenta relação com a impotência sexual, mesmo sendo esse o motivo de grande receio masculino para a realização desta cirurgia⁷.

O presente trabalho objetiva realizar o procedimento de deferentectomia em cadáver, utilizando as mesmas técnicas operatórias in vivo, com a finalidade de analisar a estratigrafia anatômica da bolsa escrotal e do funículo espermático e conhecer os materiais e técnicas utilizados nesse ato cirúrgico.

Método

Para a realização de tal procedimento foi utilizado um cadáver masculino conservado em formaldeído a 10% do Laboratório de Anatomia da Faculdade de Medicina Nova Esperança. Os materiais utilizados foram lâminas de bisturis, cabos número 4 e 3 de bisturi, pinças de dissecação com e sem dente, pinça de Adson, tesouras Metzenbaum e Mayo, pinça hemostática não traumática, porta agulha de Mayo-Hegar, fios de sutura, fios para realização de nó cirúrgico, luvas de procedimento, máscaras e óculos de proteção.

Por se tratar de um cadáver, a aplicação do anestésico local e os cuidados com a assepsia, como colocação de campo cirúrgico e uso de antisséptico e de luvas estéreis, não foram necessárias. Inicialmente, o cadáver foi colocado na posição de decúbito dorsal e o pênis preso ao abdome para melhor exposição e manejo do campo operatório; em seguida foi feita a tricotomia local com tesoura Metzenbaum e uma pequena incisão na região póstero-lateral do escroto direito com bisturi cabo 4. A definição do local de incisão é a partir da visualização do polo inferior do escroto e palpação da região imediatamente posterior e superior a este⁵, com a finalidade de sentir o ducto deferente. A incisão é em cerca de 3 cm, com diérese da pele, tecido celular subcutâneo (TCS) e músculo dartos, fáschia espermática externa, músculo cremáster, fáschia cremastérica e fáschia espermática interna, adentrando no funículo espermático para, então, atingir o ducto deferente.

Resultados e discussão

Após diérese, a região posterior é novamente palpada para localizar o ducto, que, com auxílio da pinça de Adson, é isolado e exposto para o meio externo. Com duas pinças hemostáticas não traumáticas o ducto deferente é clampeado a montante e a jusante, e é realizado o entrelaçamento dessas regiões com fios cirúrgicos, sendo o nó tipo Doyen o escolhido para garantir a obliteração ductal. Em seguida, a descontinuidade do ducto deferente é realizada com tesoura Mayo e a síntese cutânea é feita com pontos simples, com auxílio do porta agulha Mayo-Hegar, pinça de dissecação sem dente e fio de sutura, finalizando a vasectomia.

No lado contralateral, foi realizada a dissecação de toda região genital, começando externamente no monte pubiano até o septo escrotal internamente, com retirada de toda pele e exposição da estratigrafia local. Após ultrapassar as camadas já citadas, o funículo espermático foi incisionado para expor suas estruturas, sendo observado um conteúdo de “cor marrom” contendo vasos sanguíneos (artéria testicular, artéria cremastérica, artéria do ducto deferente e plexovenoso pampiniforme) e, profundamente, o ducto deferente. O mesmo também foi pinçado, isolado e cortado de forma igual ao lado oposto. A região genital direita do cadáver serviu para simular o procedimento in vivo e o lado esquerdo para evidenciar as camadas anatômicas.

Em seguida, foi traçada uma linha imaginária que circundava as espinhas ilíacas ântero-superiores para iniciar a dissecação da coxa e da região glútea, se estendo até cerca de 25 cm distais. Foi retirada a pele, com bisturi cabo 4 e pinça de dissecação com dente, o tecido celular subcutâneo e a fáschia lata e fáschia glútea, com bisturi cabo 3 e pinça de Adson, deixando expostos os músculos.

Considerações finais

O presente procedimento não pôde ser realizado de forma fidedigna ao modo in vivo devido às condições de enrijecimento cadavérico e a fixação em formaldeído. Durante a técnica simulatória, o TCS e o músculo dartos encontraram intimamente ligados a pele, não sendo possível a permanência da túnica dartos no cadáver; as fâscias espermática externa, cremastérica e espermática interna foram isoladas satisfatoriamente, no entanto, o músculo cremáster não foi separado da fâscia cremastérica.

Outro fator relevante foi a palpação da região, que permitiu a localização do ducto deferente, comprovando que sem esta prática há maior dificuldade em localizar o mesmo. Mas não foi possível isolá-lo digitalmente, sendo utilizada a pinça de Adson e realizada uma incisão maior que a esperada.

Referências

1. ALVEZ, LS et al. **Contracepção masculina – vasectomia: experiência em clínica privada / Men'scontraception – vasectomy: a privateclinicsurvey**. Ver méd Minas Gerais. 2003, vol 13, n 1, pp. 14-17
2. TAGUCHI, WS et al., Nóbrega MGG, Santos JH, Roncada EVM, Nakazora DY et al. Características dos homens submetidos à vasectomia no serviço de urologia do Departamento de Medicina da Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Estado do Paraná. ActaSci Health Sci. 2005, vol 27, n. 2, pp 189-93.
3. MOORE KL et al. **Anatomia orientada para clínica**. São Paulo: Guanabara Koogan; 2011
4. MANICA J. **Anestesiologia: princípios e técnicas**. Rio de Janeiro: Atheneu; 2003.
5. PALMA PCR, Kague AS, Rodrigues Netto Júnior N. **O bloqueio anestésico do cordão espermático nas cirurgias escrotais a nível ambulatorial / Anestheticblockofspemmaticcord in the scrotalambulatorysurgeries**. An. Paul. Med. 1985; vol. 112, n. 2, pp. 17-20.
6. CLARO et al. **Reversão microscópica da vasectomia**. Rev. Bras. Ginecol.. obstet. 1996: vol.18, n. 6, pp. 485-7.
7. COSTA et al. **Vasectomia: perfil dos candidatos à cirurgia em um Hospital Escola do Recife-PE**. Rev. Interdisc. 2013; vol. 6, n. 2.

16-DEMONSTRAÇÃO DO TRAJETO DA INTUBAÇÃO NASOTRAQUEAL EM CADÁVER ADULTO - PROJETO DE EXTENSÃO DE ANATOMIA HUMANA APLICADA³

Isadora Ísis Fernandes Vieira⁴

Bruna Pires de Assis Dantas³

Catarina Maria Andrade Figueiredo Guimarães Maia⁵

Tânia Regina Ferreira Cavalcanti⁵

Waléria Bastos de Andrade Gomes Nogueira⁵

Resumo

Intubação nasotraqueal consiste na colocação do tubo endotraqueal pela via transnasal. Este trabalho objetiva demonstrar o trajeto da intubação nasotraqueal e refere-se a uma pesquisa descritiva exploratória com abordagem qualitativa feito entre março a junho de 2014, realizado em um cadáver adulto masculino na FAMENE, utilizando-se materiais como lidocaína à 2%, tubo endotraqueal n° 7 com cuff, sonda de Nelaton, seringa, cardarço para fixação, pinça de Magil e Kelly, bisturi n° 4 e lâmina n° 24, laringoscópio Macintosh, lâmina curva. A técnica de dissecação foi baseada na retirada da pele, tecido celular subcutâneo e fâscias musculares do pescoço, tórax e face, seguindo com o corte sagital mediano do crânio até o diafragma, permitindo a visualização da nasofaringe, laringe, traqueia e pulmão. Esse trabalho reitera a importância do conhecimento anatômico e aprimoramento da técnica de intubação nasotraqueal, pois é pouco utilizado na prática médica, devido a sua difícil execução.

Palavras-chave: intubação, cadáver, procedimento.

Introdução

O princípio inicial da ressuscitação e do suporte vital é assegurar uma via aérea direta. No tratamento respiratório intensivo, o gerenciamento da via aérea é fundamental para a manutenção da troca gasosa pulmonar. A intubação endotraqueal é uma habilidade essencial a qualquer terapeuta responsável por pacientes em estado crítico (MICHAEL, 2000).

A escolha da via para a intubação é controversa. A maioria dos clínicos concorda que a intubação de emergência deve ser efetuada pela via transoral. Enquanto fatores anatômicos e fisiológicos são pertinentes à escolha da via transnasal em alguns pacientes, frequentemente a escolha é baseada na preferência do terapeuta (MICHAEL, 2000).

As indicações específicas para a via transnasal há a anquilose têmpera mandibular, procedimentos cirúrgicos envolvendo a orofaringe, artrite da coluna cervical, mandíbula fraturada, trismo, intubação prolongada. A intubação nasotraqueal é preferida por vários clínicos para casos de intubação prolongada se a traqueostomia não é efetuada. As opiniões diferem quanto ao limite máximo seguro para a duração da intubação oral ou nasal. O tubo nasotraqueal é melhor aplicável para intubação de longo prazo do que o tubo orotraqueal por várias razões, dentre elas está a estabilização que é mais fácil e os pacientes frequentemente mostram maior tolerância ao tubo (MICHAEL, 2000).

As contra-indicações específicas à via transnasal são coagulopatia ou trombocitopenia, perda nasal de fluido cérebro-espinhal, sinusite, fratura nasal, fratura maxilar (IMBELONI, 1986).

³ Trabalho vinculado ao projeto de Extensão Anatomia Humana Aplicada pela Faculdade de Medicina Nova Esperança, João Pessoa/PB.

⁴ Discente do curso de medicina da FAMENE, João Pessoa/PB, isaisisfv@gmail.com³ Discente do curso de medicina da FAMENE, João Pessoa/PB.

⁵ Docentes de Anatomia da Faculdade de Medicina Nova Esperança, João Pessoa/PB, waleriabastos@hotmail.com

O procedimento da intubação nasotraqueal se objetiva na colocação de um tubo endotraqueal pela via transnasal, que pode ser efetivada com laringoscópio direto, laringoscopia fibrótica ou sem laringoscópio, essa é conhecida como intubação cega. A intubação nasotraqueal é mais difícil e mais demorada do que a orotraqueal e deve ser realizada somente por clínicos treinados nesta técnica. Os passos preliminares para a intubação nasotraqueal com laringoscopia rígida são: se o paciente estiver consciente, explique-lhe por que ele necessita da intubação e que medidas você tomará para anestesiá-lo ou às vias respiratórias. Pré-oxigene o paciente com oxigênio a 100% por 5 minutos. Verifique o balonete do tubo endotraqueal por possíveis vazamentos e pela distensão uniforme. Aplique anestesia/sedação. A anestesia é necessária para neutralizar as respostas reflexas à manipulação da via aérea (hipertensão sistólica, arritmias cardíacas, broncoespasmo, laringoespasmo) e para assegurar o conforto do paciente. Lidocaína, 1,5 mg/kg, ministrada intravenosamente (IV) aproximadamente 180 segundos antes da laringoscopia direta minimiza as respostas reflexas da via aérea à intubação (IMBELONI, 1986).

A nasofaringe e as narinas devem ser anestesiadas com a adição de um vasoconstritor (Fenilefrina, 0,25%) à solução anestésica tópica para reduzir a epistaxia. Qualquer das narinas pode ser usada, dependendo da abertura nasal. Contudo, se uma abertura igual é percebida, a narina direita é preferível porque a dobra do tubo endotraqueal ficará voltada para o septo nasal durante a passagem pelo nariz, reduzindo assim o risco de danos às narinas. Uma vez que a anestesia/sedação apropriada tenha sido efetuada, coloque a cabeça do paciente em posição de aspiração, lubrifique um tubo endotraqueal de 7,0 a 7,5 mm de diâmetro interno com unguento de lidocaína, introduza o tubo endotraqueal dentro da narina com a dobra da descarga do tubo com o septo nasal e avance o tubo ao longo do fundo do nariz com pressão consistente e delicada. Quando o tubo passar pelas coanas, a resistência à passagem irá diminuir. Uma vez que o tubo tenha ultrapassado as coanas, introduza a lâmina laringoscópica dentro da boca do paciente e exponha a laringe. Sob visão direta, avance o tubo e guie a extremidade entre as cordas vocais. Se o tubo tender a ficar posterior à laringe, gentilmente agarre a extremidade do tubo com um fórceps Magill e guie-o para dentro da laringe. Uma vez que a extremidade do tubo tenha passado através da laringe, avance o tubo e posicione-o entre as cordas vocais. Verifique a entrada de ar bilateral e obtenha uma radiografia para confirmar a colocação apropriada do tubo e prenda o tubo com fita adesiva (IMBELONI, 1986).

Após intubação nasotraqueal o paciente deve ter o acompanhamento, pois a preocupação imediata é assegurar que o tubo esteja posicionado apropriadamente na traqueia. Para confirmar o posicionamento do tubo endotraqueal, deve-se confirmar que o balonete esteja insuflado, ausculta-se então o tórax e o abdômen para estabelecer que a entrada de ar nos pulmões é igual e bilateral. A ventilação simétrica deve ser certificada pela auscultação da área de ambos os pulmões à procura de sons respiratórios na linha axilar anterior do tórax. A capnografia pode ser usada para verificar a intubação traqueal (BARBOSA, 2013).

As complicações do uso do tubo endotraqueal são comuns e às vezes graves. Elas podem ser classificadas de acordo com o tempo de aparecimento: 1) durante a intubação; 2) com o tubo endotraqueal em posição; 3) durante a extubação e 4) após a extubação. Vários fatores influenciam na gênese destas complicações entre os quais o tipo de balonete, a pressão dentro do balonete, o tipo de tubo utilizado, o tamanho do tubo e a duração da intubação endotraqueal. Tanto a intubação nasotraqueal como a orotraqueal têm as suas vantagens e desvantagens. A utilização do tubo endotraqueal por longo período se encontra em torno de 3 semanas, quando deve-se realizar a traqueostomia. Muitas das complicações podem ser evitadas. O conhecimento preciso da anatomia, utilização adequada do laringoscópio e lâmina de intubação, relaxamento muscular, assim como indicação precisa da via de introdução são fatores que contribuem para diminuir as complicações (BARBOSA, 2013). O presente trabalho objetiva relatar a demonstração do trajeto da intubação nasotraqueal em cadáver adulto.

Método

O respectivo estudo refere-se a uma pesquisa descritiva exploratória com abordagem qualitativa feito entre março a junho do ano de 2014, usando como base literária artigos científicos com fontes para consultas, o estudo foi realizado a partir da dissecação de um cadáver adulto masculino no laboratório de

anatomia da Faculdade de Medicina Nova Esperança, utilizando materiais habituais de dissecação e para a intubação nasotraqueal.

Resultados e discussão

Para demonstração do trajeto anatômico da intubação nasotraqueal foi realizada dissecação do cadáver iniciando a retirada da pele, tecido celular subcutâneo e fâscias musculares do pescoço, tórax e face. Em seguida realizou-se corte sagital mediano que se estendeu desde o crânio até em nível do diafragma, através do qual foi possível a completa visualização da nasofaringe, laringe, traqueia e pulmão (MOORE, 2001).

O procedimento de intubação nasotraqueal foi realizado, onde inicialmente testou-se o balonete do tubo endotraqueal, em seguida, um assistente imobilizou manualmente o pescoço e a cabeça, lubrificou-se o tubo com um gel anestésico, introduziu o laringoscópio Machintosh com 2 pilhas conectado na lâmina curva na narina. Em seguida, o tubo foi inserido lentamente para dentro do nariz, direcionando-o para cima e a seguir posteriormente e para baixo até a nasofaringe. Assim que o tubo passa pelo nariz e atinge a nasofaringe, ele deve ser direcionado para baixo para passar pela faringe. Uma vez que o tubo penetrou na faringe deve-se avançar mais com o tubo até que a ponta do tubo esteja localizada na entrada da traqueia. Posteriormente deve-se insuflar o balonete do tubo com volume de ar suficiente para conseguir uma vedação adequada, conferir a posição do tubo visualmente e fixar o tubo com cadarço.

Considerações finais

Com esse trabalho, reitera a importância da anatomia para melhor entendimento do procedimento de intubação nasotraqueal, assim como análise das principais estruturas anatômicas relacionadas, permitindo um maior aprimoramento técnico deste procedimento que é pouco utilizado na prática médica, devido a sua difícil execução.

Referências

1. MICHAEL, TJ. **A Intubação Incluindo Laringoscopia Fibróptica**. Disponível em: <<http://www.bibliomed.com.br/bibliomed/bmbooks/terapia/livro3/cap/cap18.htm>> Acesso em 04 de Jul. de 2014.
2. IMBELONI, LE. **Complicações da intubação traqueal / Complications of tracheal intubation**. Revista Bras. Anestesiologia, 36(6):501-8, nov.-dez. 1986. Ilus.
3. BARBOSA PMK, Santos BMO. **Alterações morfológicas em traquéias de pacientes intubados em função do tempo de intubação**. Rev Latino-am Enfermagem 2003 novembro-dezembro; 11(6):727-33.
4. MOORE, Keith L. **Anatomia Orientada para a Prática Clínica**. 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. NETTER, Frank H.. Atlas de Anatomia Humana.

17-A COMPRESSÃO DO NERVO MEDIANO NA SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO

Brenda Gonçalves de Galiza¹
Byanka Pessoa Fonseca¹
Louise Lira Bronzeado Cavalcanti¹
Rayana Ellen Fernandes Nicolau¹
Tânia Regina Ferreira Cavalcanti²

Resumo

A Síndrome do Túnel do Carpo (STC) é a neuropatia de maior incidência no membro superior e consiste na compressão do nervo mediano no interior do túnel do carpo. Tem sido considerada problema crônico, acometendo mais frequentemente mulheres de meia idade, pós-menopausa, envolvidas em trabalhos manuais vigorosos. Este artigo faz uma revisão da literatura sobre a STC, abrangendo os aspectos clínico-epidemiológicos além da associação com certas atividades cotidianas, através da consulta em periódicos online e livros na área. Os sintomas e sinais que constituem a STC afetam as funções sensitivas, motoras e tróficas, seja de forma isolada ou combinada. O diagnóstico apresenta dificuldades porque dormência e formigamento nos membros superiores e alterações de condução nervosa no nervo mediano são comuns na população. A cirurgia é indicada em casos de ineficácia do tratamento conservador, com um comprometimento mais grave do nervo mediano.

Palavras-chave: síndrome do túnel do carpo, nervo mediano, neuropatia.

Introdução

O túnel do carpo é uma região entre os tubérculos dos ossos escafoide e trapezóide lateralmente e osso pisiforme e hãmulo do hamato medialmente, encontrando-se profundamente ao retináculos dos músculos flexores. Através dele passam o nervo mediano, os nove tendões flexores e quando presente, a artéria mediana, sendo o nervo a estrutura mais sensível. (MARTINS, 2009)

A síndrome do túnel do carpo (STC) é a mais frequente das neuropatias periféricas compressivas, causada por pressão elevada no túnel do carpo que pode ocorrer devido a uma diminuição do interior do túnel ou por aumento do volume das estruturas que estão contidas neste. Estudos anatômicos realizados mostram que a região mais estreita do túnel é distal ao nível do hãmulo do hamato e que durante a flexão do punho ocorre a compressão do nervo pela margem proximal do retináculo dos flexores, produzindo isquemia do nervo mediano, resultando em parestesia, hipoestesia, anestesia e dor. (KAROLCZAK, 2005)

Acomete geralmente 1% da população geral, principalmente as mulheres numa proporção de 4:1, com idades entre 40 e 60 anos. Embora se inicie na mão dominante, na qual os sintomas são mais intensos, em 50% dos casos a STC é bilateral. (KOUYOUMDJIAN, 2014). Esse artigo teve como objetivo fazer uma revisão da literatura científica sobre a Síndrome do Túnel do Carpo abrangendo a anatomia, sintomatologia, diagnóstico, tratamento e seus efeitos no cotidiano das pessoas.

¹Discente do terceiro período da Faculdade de Medicina Nova Esperança; brenda_galiza@hotmail.com

²Docente da Faculdade de Medicina Nova Esperança

Método

Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica, tendo como fonte de investigação periódicos online no âmbito da saúde, disseminados na Biblioteca Virtual de Saúde no período de 1999 a 2013, e acervo da biblioteca da Faculdade de Medicina Nova Esperança. Assim, foi feito um levantamento consubstanciado na literatura pertinente ao tema proposto, em destaque nos últimos 14 anos de artigos publicados nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), utilizando os descritores síndrome do túnel do carpo, compressão do nervo mediano e neuropatia.

Resultados e discussão

O complexo sintomático da Síndrome do Túnel do Carpo depende de dois mecanismos: primeiro a alteração reversível rápida das fibras nervosas, relacionada à isquemia, ou também chamada bloqueio agudo fisiológico rapidamente reversível – o estudo da condução nervosa nessa fase está normal devido à ausência de anormalidades estruturais no nervo – e anormalidade estrutural que se desenvolve lentamente nas fibras nervosas como resultado da pressão abaixo do retináculo flexor (ligamento transversal do carpo) – o estudo da condução nervosa revela lentificação focal por desmielinização segmentar localizada, podendo haver degeneração axonal, particularmente nos casos de compressão mais acentuada e por tempo mais prolongado. (KOUYOUMDJIAN, 2014).

O quadro clínico é caracterizado por dor, dormência e formigamento progressivos nas mãos, inicialmente noturno e posteriormente com duração mais prolongada, que desaparecem com movimentos da mão. As parestesias são localizadas na palma da mão e dedos, mas o paciente pode relatar sintomas dolorosos mais proximais, às vezes atingindo até o ombro. (BARBOSA, 2006). Em um estágio mais avançado dessa patologia, manifestações como alterações musculares e proprioceptivas também podem ocorrer. A hipotrofia tenar é propriedade das compressões crônicas. Nota-se, nesses casos, redução das forças de preensão palmar e de pinça polegar-indicador. Dentre as alterações motoras, ocorrem mudanças na propriocepção, redução da força muscular e perda do equilíbrio da relação agonista/antagonista. Essas alterações estão justificadas em casos crônicos, nos quais outras estruturas estão envolvidas. (BARBOSA, 2006).

O diagnóstico da Síndrome do Túnel do Carpo envolve a análise clínica, por meio do histórico do paciente e a avaliação de seus exames físicos, auxiliada pela avaliação das funções neurofisiológicas e pela utilização de modalidades de imagens. (TURRINI, 2005).

No quesito clínico, realizam-se os testes de Phalen e de Tinel, capazes de exacerbar os sintomas na Síndrome, facilitando a análise profissional. Contudo, o teste de Durkan é o exame mais sensível e específico, sendo muito utilizado em pacientes que perderam a capacidade de flexão do punho. (BARBOSA, 2006). Consiste na compressão por 30 segundos do túnel do carpo pelos polegares conectado a um manômetro, com a pressão de 150 mmHg. Os pacientes com STC apresentam dor e parestesia na área inervada pelo mediano, durante a realização do teste. (OLIVEIRA, 2000).

Embora estes testes auxiliem no diagnóstico clínico, eles possuem um alto número de resultados falso-positivos e falso-negativos. Desse modo, a baixa especificidade e sensibilidade tornam-os limitados como sinais de análise clínica, sendo muitas vezes necessário o uso de outros métodos diagnósticos. (OLIVEIRA, 2000).

Para auxiliar o diagnóstico, faz-se também o uso dos métodos de imagem, como a ultrassonografia e a ressonância magnética permitem uma visualização da compressão do nervo mediano e de outras estruturas do túnel do carpo, sendo este último exame mais eficiente. Os exames de radiografia simples e a tomografia computadorizada não são muito utilizados por não apresentarem tamanha eficácia. (TURRINI, 2005).

A descompressão do túnel do carpo pode ser realizada de diversas formas, sendo que cada método tem seus resultados e complicações. O tratamento da STC clássica é realizado principalmente em pacientes com síndromes dolorosas noturnas que não tenha comprometimento

sensitivo ou motor importantes. Sendo realizada para evitar situações que precipitem a dor, como os movimentos de flexão e extensão, que induziriam um aumento da pressão no interior do túnel do carpo. O tratamento conservador é recomendado com uso de "splints" (talas), modificação das atividades, remoção de constrictões e medicações anti-inflamatórias não hormonais e diuréticos. (KOUYOUMDJIAN, 2014).

O tratamento cirúrgico é indicado para os pacientes que mantêm os sintomas, após a realização do tratamento conservador, ou que apresentem sinais importante de comprometimento do nervo, como comprometimento da sensibilidade, fraqueza da musculatura inervada e atrofia da eminência ténar. A cirurgia é realizada pela liberação do ligamento transversal do carpo, tenossinovectomia com exploração do túnel do carpo. (KOUYOUMDJIAN, 2014). Apresentam melhores resultados quando comparados aos pacientes tratados conservadoramente por 6 semanas. (Verdugo, 2003).

A persistência dos sintomas após a cirurgia pode retardar o retorno às atividades habituais e geralmente está relacionada à secção incompleta do ligamento transversal do carpo ou a complicações decorrentes da cicatrização. Disestesias e dor palmar persistentes podem ser decorrentes da manipulação e secção de ramos do nervo cutâneo palmar, quando a incisão cutânea é realizada mais lateralmente. (KOUYOUMDJIAN, 2014).

Considerações finais

A dor, considerada um dos sintomas mais comum na clínica, tem alta frequência na população geral. Ela é bastante característica na Síndrome do Túnel do Carpo, juntamente com os sintomas de parestesia e dormência nas mãos. Mas o diagnóstico é muito mais complicado, considerando que sintomas compatíveis acometem os pacientes. (BARBOSA, 2006).

A STC é uma patologia bastante frequente determinada pela compressão do nervo mediano no túnel do carpo, acometendo uma faixa etária adulta. Isso poderá comprometer o trabalho. Além de que certas atividades, vocacionais ou recreacionais, podem facilitar o aparecimento de sintomas. (OLIVEIRA, 2000).

O diagnóstico de STC tem implicações clínicas, cirúrgicas e legais, devendo ser feito somente quando os sintomas característicos, mais acentuados durante a noite e em posições de flexão ou extensão forçadas, são acompanhados de alterações eletrofisiológicas significativas. As consequências dos diagnósticos falso-positivos são mais sérias do que as dos diagnósticos falso-negativos, pois podem levar a cirurgias desnecessárias e incapacidade permanente. (OLIVEIRA, 2000).

Referências

BARBOSA, Valéria Ribeiro Nogueira, et al **Dor e parestesias nos membros superiores e diagnóstico da síndrome do túnel do carpo**. Arq. Neuro-Psiquiatr, 2006 Dezembro Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2006000600021&lng=en. Acesso em: 20 maio 2014

BRASIL, Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2001

KAROLCZAK, Ana Paula, VAZ, MA, Freitas CR, Merlo ARC. **Síndrome do Túnel do Carpo**. Revista Brasileira De Fisioterapia; 2005 Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/61877/000670269.pdf?sequence=1> Acesso em: 20 maio 2014

KOUYOUMDJIAN, João Aris. **Síndrome do túnel do carpo: aspectos atuais**. Arq. Neuro-Psiquiatr. 1999 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-

282X1999000300026&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300026>. Acesso em: 20 maio 2014

MARTINS, Rogério Sérgio. **Compressão do nervo mediano no punho (Síndrome do túnel do carpo)**. Disponível em: <<http://www.sbn.com.br/files/downloads/departamento/nervos-perifericos/compressao-do-nervo.pdf>> Acesso em: 20 maio 2014

OLIVEIRA, José Teotonio de. **Síndrome do túnel do carpo: controvérsias a respeito de diagnóstico clínico e eletrofisiológico e a relação com o trabalho**. Arq. Neuro-Psiquiatr. 2000 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2000000600027&lng=en. Acesso em: 20 maio 2014

TURRINI, Elizabete, et al. **Diagnóstico por Imagem do Punho na Síndrome do Túnel do Carpo**. Rev Bras Reumatol. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v45n2/v45n2a06.pdf> Acesso em: 20 maio 2014

Verdugo RJ, Salinas RS, Castillo J, Cea JG. **Surgical versus non-surgical treatment for carpal tunnel syndrome** 2003. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/sindrome_do_tunel_do_carpo-tratamento.pdf Acessado em: 01/06/2014

18-USO ABUSIVO DOS ANTIBIÓTICOS: PRINCIPAL RESPONSÁVEL PELA RESISTÊNCIA MICROBIANA²

Kaique Ferreira Costa de Almeida³

Juliana Maria da Silva⁴

Nara Percília da Silva Sena⁴

Tharsila Guimarães Dos Anjos Ferreira⁴

Ana Karina Holanda Leite Maia⁵

Clélia de Alencar Xavier Mota⁶

Resumo

A utilização de fármacos para a erradicação de infecções causadas por bactérias gerou uma redução da mortalidade causada por essas doenças. Entretanto, o uso descontrolado favoreceu a resistência desses microrganismos, tornando-os mutáveis e adaptáveis ao meio, diminuindo a capacidade terapêutica dos antibióticos. Esse trabalho objetiva descrever o uso abusivo dos antibióticos, levando à resistência microbiana. Utilizou-se as bases de dados: SCIELO, BVS e MEDLINE; com tais descritores: resistência microbiana, resistência bacteriana, uso abusivo de antibióticos. A pesquisa mostrou que o uso inadequado de antimicrobianos e a resistência dos microrganismos são causados pela conduta errônea do paciente à doença, pela automedicação, influência da indústria farmacêutica e tratamento incorreto. Os mecanismos genéticos de adaptação microbiana se tornam mais difíceis de serem resolvidos. Assim, deve-se fazer o uso racional desses fármacos, com devida orientação dos profissionais, os quais são capacitados para fazer o controle adequado.

Palavras-chave: resistência microbiana, resistência bacteriana, uso abusivo de antibióticos.

Introdução

Desenvolvimento de fármacos eficazes no combate às infecções bacterianas, principalmente nas últimas décadas revolucionou o tratamento contra bactérias, o que desencadeou uma drástica redução no índice de mortalidade causada por doenças infecciosas. Porém, o uso abusivo e indiscriminado destes antibióticos fez com que estes microrganismos desenvolvessem mecanismos próprios de defesa contra os agentes antimicrobianos, favorecendo o fenômeno da resistência bacteriana.

A resistência aos antibióticos se desenvolve como um natural consequência da habilidade da população bacteriana de se adaptar, pois é causada pela mutação espontânea e recombinação de genes. O uso indiscriminado de antibióticos aumenta a pressão seletiva e, também, a oportunidade da bactéria ser exposta aos mesmos. Aquela oportunidade facilita a aquisição de mecanismos de resistência.

² Projeto de extensão (Educação e Saúde: Prevenção das Doenças Infecciosas e Bacterianas).

³ Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE. João Pessoa, Paraíba.

⁴ Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE. João Pessoa, Paraíba.

⁵ Doutora em produtos naturais e sintéticos bioativos, professora da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE, FCM e UFPB. Coordenadora/Orientadora do Projeto.

⁶ Professora da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE. Colaboradora do Projeto.

A adaptação da célula bacteriana à exposição de antibióticos tornou-se um dos principais problemas de saúde pública, atingindo diversos países. Lamentavelmente o uso excessivo em humanos e animais, no ambiente hospitalar ou na comunidade, pode levar a sérias complicações como o aumento da letalidade causada por infecções por bactérias multirresistentes. O aumento da resistência diminui a probabilidade de erradicação bacteriana, que é o que se almeja por exemplo, em infecções do trato respiratório, em outras palavras aumenta a probabilidade de fracasso clínico.

Método

Para alcançar os objetivos propostos, realizou-se levantamento bibliográfico nas bases SCIELO, BVS e MEDLINE, que são bases de dados gerais da Área da Saúde, através da via de acesso INTERNET. As palavras-chave utilizadas foram: resistência microbiana, resistência bacteriana, uso abusivo de antibióticos. Além de conhecimentos individuais obtidos dos estudantes que se propuseram a realizar este trabalho.

Resultados e discussão

Foi observado que o uso indiscriminado dos antibióticos ocorre em cerca de 50% das prescrições inapropriadas, e de acordo com a OMS causa 25% de mortes em todo país e 45 % nos países menos desenvolvidos, devido a multirresistência bacteriana. O uso indevido do medicamento por não haver prescrição, sendo ingerido de maneira inadequada, fazendo o tratamento incorreto, havendo interrupção medicamentosa, isso acarreta a resistência do antibiótico, causando fortalecimento as bactérias e levando até mesmo o óbito do paciente.

No Brasil, cerca de 35% dos medicamentos são adquiridos através da automedicação. Entretanto o baixo poder aquisitivo da população e a precariedade dos serviços de saúde contrastam com a facilidade de se obter medicamentos, sem pagamento de consulta e sem receita médica em qualquer farmácia, onde os balconistas induzem o uso do que é mais novo e mais caro. O uso irracional de fármacos apresenta cerca de um terço dos internamentos. E o mau uso dos medicamentos acarreta em elevação dos custos relacionados com a saúde devido aos efeitos indesejáveis tais com doenças iatrogênicas e mascaramentos de afecções evolutivas. Ao traçar um perfil pode-se concluir que a prevalência encontra-se entre as variáveis do sexo feminino, estado civil casado, classe social média-alta, grau de escolaridade, pouca amplitude do seguro saúde para remédios, número elevado de consultas ao médico no ano antecedente e o tipo da atividade ocupacional. Ao observar automedicação entre trabalhadores de saúde encontra-se uma maior prevalência entre os médicos seguidos dos profissionais de enfermagem (AQUINO,2008).

Diante disto, pôde-se observar que a automedicação é uma atitude praticada de forma universal pelas mais variadas populações e culturas sem que haja qualquer relação entre o nível de desenvolvimento social e econômico presentes. Por isso, é dever dos órgãos públicos competentes minimizar esta prática desenfreada por meio de medidas políticas mais incisivas. É necessária à educação continuada dos profissionais da saúde objetivando à adequada prescrição e dispensação dos antimicrobianos e também a educação da comunidade.

Considerações finais

A administração de antibióticos requer controle rigoroso não só dos prescritores, mas também dos profissionais responsáveis pela liberação dos mesmos, uma vez que a prescrição inadequada e o acesso indevido a medicação são os grandes vetores para a resistência bacteriana. A OMS, referência a indicação medicamentosa, tempo de uso e titulação das dosagens como as soluções para o problema da multirresistência. É comum se deparar com automedicação desenfreada que deve ser tratada como problema de saúde pública, uma vez que pacientes tratados sem indicação ou por tempo e doses ineficazes são os maiores responsáveis pela resistência

bacteriana aos antimicrobianos, devendo as entidades públicas investirem em educação contínua não só da comunidade, mas aos profissionais de saúde envolvidos neste processo.

Referências

AQUINO DS. **Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade?**

Ciência e Saúde Coletiva. [Internet]. 2008 jan [citado em 08 jun 2014].

Varaldo, P. E.; *J. Antimicrob. Chemother.* **2002**, *50*, 1.

Mota et al. **Utilização indiscriminada de antimicrobianos e sua contribuição a multirresistência bacteriana.** 2005. Brazilian Journal of ..., - revistas.usp.br.

Resistencia bacteriana a antibióticos. *Acta méd. costarric* [online]. 2001, vol.43, n.3, pp. 101-102. ISSN 0001-6012.

19-TRANSPLANTE DE PÂNCREAS NO DIABETES MELLITUS TIPO I¹

Ana Clara Souza Lima²

Anderson Felix Santos³

Homero Perazzo Barbosa⁴

Wellyson Souza do Nascimento⁵

Carolina Uchôa Guerra Barbosa de Lima⁶

Resumo

O diabetes mellitus tipo 1 (DM) é uma doença auto- imune órgão- específica caracterizada pela destruição seletiva de células beta- pancreáticas produtoras de insulina (SILVA et al., 2008). De acordo com o Ministério da Saúde, existe no Brasil cerca de 5 milhões de diabéticos, sendo 5-10% DM1. A descoberta da insulina foi o grande marco da história do diabetes melito, e a grande conquista para o seu tratamento. A primeira insulina disponibilizada foi a regular. Na sequência, Hagedorn acrescentou a protamina à insulina, criando assim, a insulina NPH. Mais recentemente, foram disponibilizados vários tipos de análogos de insulina que permitam o melhor controle metabólico dos pacientes (PIRES & CHACRA, 2008). A reposição dos ilhotas de Langerhans, seja por transplante total, ou por transplante das ilhotas, é a modalidade terapêutica que mais se aproximou da “cura”. O transplante de pâncreas além de proporcionar aos pacientes estado euglicêmico e normalização da função renal, tem se mostrado importante na estabilização e até reversão de algumas complicações crônicas do Diabetes Tipo 1 (NICOLUZZI et al., 2003).

Palavras-chave: diabetes mellitus, transplantes, pâncreas.

Introdução

O diabetes mellitus tipo 1 (DM) é uma doença auto- imune órgão- específica caracterizada pela destruição seletiva de células beta- pancreáticas produtoras de insulina (SILVA et al., 2008). Os linfócitos T CD8+ (citotóxicos) são as células linfocitárias predominantes no processo de insulite, mas pode-se detectar também a presença de linfócitos T CD4+ ("helper") e linfócitos B. O processo de insulite parece ocorrer com maior intensidade em ilhotas onde existam células beta metabolicamente ativas, ou seja, que secretam insulina (BALDA & PACHECO-SILVA, 1999). Dentre as doenças crônicas da infância, o diabetes mellitus tipo 1 (DM Tipo 1) é uma das mais comuns, acometendo aproximadamente 2/3 de todos os casos de diabetes em criança (HALLER et al., 2005). Além das crianças, também pode atingir adultos jovens abaixo de 20 anos (SESTERHEIM et al., 2007). Atualmente são estimados cinco milhões de diabéticos no Brasil e, destes, cerca de 300 mil são menores de 15 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). A Organização Mundial de Saúde estima em 143 milhões o número de diabéticos. No mundo, 15,7 milhões de pessoas (5,9% da população total de diabéticos) são acometidas de diabetes tipo I, sendo que um terço destes desconhecem o fato de possuir tal doença e, a cada ano, 798.000 casos novos

TRANSPLANTE DE PÂNCREAS NO DIABETES MELLITUS TIPO I (Projeto de Pesquisa sem extensão).

²Aluna do curso de graduação em enfermagem, FACENE, João Pessoa, Paraíba, E- mail: anaclara8610@hotmail.com,

³Aluno do curso de graduação em enfermagem, FACENE, João Pessoa, Paraíba, E-mail: anderson_felix_santos@hotmail.com,

⁴Agrônomo. Doutor em Agronomia pela Universidade Politécnica de Madrid. Professor adjunto do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: homeroperazzo@yahoo.com.br,

⁵Aluno do curso de graduação em enfermagem, FACENE, João Pessoa, Paraíba, E- mail: wellysonrep@hotmail.com,

⁶Farmacêutica/ Bioquímica. Doutora em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos pela Universidade Federal da Paraíba. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: caroluchoa81@gmail.com,

são diagnosticados. No Brasil, segundo estimativas do Ministério da Saúde, existem aproximadamente cinco milhões de diabéticos, 90% dos quais do tipo 2 e 5-10% do tipo 1 (LOJUDICE & SOGAYAR, 2008). Evidências sugerem que a lesão celular oxidativa causada pelos radicais livres contribuem para o desenvolvimento das complicações no diabetes tipo 1 (DM1) e a diminuição das defesas antioxidantes (enzimáticas e não-enzimáticas) parecem correlacionar-se com a gravidade das alterações patológicas no DM1 (REIS et al., 2008).

A hiperglicemia se manifesta por sintomas como poliúria, polidipsia, perda de peso, polifagia e visão turva ou complicações agudas que podem levar a risco de vida: a cetoacidose diabética e síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica. A hiperglicemia crônica está associada a dano, disfunção e falência de vários órgãos especialmente olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos (GROSS et al., 2002). Alguns testes laboratoriais são utilizados como forma diagnóstica do DM1, entre estes, encontram-se marcadores de auto- imunidade, como a medida de auto- anticorpos relacionados à insulite pancreática e a avaliação da reserva pancreática de insulina através da medida do peptídeo C e da fase rápida de secreção de insulina (GROSS et al., 2002). A descoberta da insulina foi o grande marco da história do diabetes melito, e a grande conquista para o seu tratamento. A primeira insulina disponibilizada foi a regular. Na sequência, Hagedorn acrescentou a protamina à insulina, criando assim, a insulina NPH. Mais recentemente, foram disponibilizados vários tipos de análogos de insulina que permitam o melhor controle metabólico dos pacientes (PIRES & CHACRA, 2008). A reposição dos ilhotas de Langerhans, seja por transplante total, ou por transplante das ilhotas, é a modalidade terapêutica que mais se aproximou da “cura”. Os estudos revelam que os pacientes a serem submetidos ao transplante são avaliados quanto à idade, sexo, peso (doador e receptor), tempo de Diabetes Mellitus, estágio de complicações diabéticas, técnica de transplante e esquema de imuno- supressão (CINTRA & DESTRO, 2008). O transplante de pâncreas além de proporcionar aos pacientes estado euglicêmico e normalização da função renal, tem se mostrado importante na estabilização e até reversão de algumas complicações crônicas do Diabetes Tipo 1 (NICOLUZZI et al., 2003). Diante do exposto, o presente trabalho tem como objetivo avaliar os benefícios trazidos ao paciente diabético insulino- dependente (DM1), pós-transplante pancreático.

Método

Esta pesquisa se caracteriza como um estudo bibliográfico, que foi realizado a partir da constituição de um *corpus* de autores da área de Saúde. Para Gil (2006), pesquisa bibliográfica é aquela que “é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”. Para a composição do *corpus* de estudo foram utilizados artigos relacionados ao tema. Esta revisão integrativa se constituiu das seguintes etapas: definição do problema; busca e seleção dos artigos; definição das informações a serem extraídas e a análise das mesmas; discussão e interpretação dos resultados e, por fim, a síntese do conhecimento. Todas as atividades de coleta de dados e sua análise foram, então, realizadas nos ambientes da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. Foram coletados 12 artigos. A pesquisa foi realizada do 2 ao dia 27/08/2014 na base de dados Scielo na língua inglesa e portuguesa.

Resultados e discussão

O referente estudo mostrou os benefícios do transplante de pâncreas que são a melhora da qualidade de vida, prevenção de nefropatia diabética a parada do uso de insulina exógena e da monitoração glicêmica, a liberdade dietética e o potencial benefício em relação as complicações crônicas da doença. No entanto, a tolerância ao alotransplante de pâncreas exige o tratamento imunossupressor permanente, para evitar a rejeição do enxerto. Os riscos infecciosos e neoplásicos trazidos por esse tratamento desautorizam o emprego do transplante pancreático nas fases iniciais do diabetes, a título de profilaxia das complicações secundárias. Restringem-se, assim, as indicações de transplante pancreático isolado (TPI) aos diabéticos não urêmicos hiperlábeis, com

diabetes de difícil controle, crises frequentes de cetoacidose, retinopatia rapidamente progressiva, coma hipoglicêmico, além de complicações secundárias. (NICOLUZZI; MARMANILLO & REPKA, 2003)

Considerações finais

Conclui-se que transplante de pâncreas é um procedimento invasivo que atualmente é o único tratamento que consegue restaurar e manter com alta taxa de sucesso e por tempo prolongado a taxa de normoglicemia em pacientes portadores do DM1. O procedimento eleva a taxa de morbidade nos primeiros meses após a cirurgia, se comparado principalmente ao transplante de rim com doador vivo, mas traz melhor qualidade de vida aos pacientes (AS et al., 2008). O transplante de pâncreas, por si só, aprimora incontestavelmente a qualidade de vida do paciente, mas não constitui o objetivo principal do procedimento pois o paciente estaria puramente trocando a terapia insulínica vitalícia pela terapia imunossupressora, também vitalícia associada a seus riscos inerentes. O principal objetivo do transplante de pâncreas consiste em reverter ou bloquear as complicações diabéticas secundárias (NICOLUZZI et al., 2003).

Referências

BALDA, C. A. & PACHECO-SILVA, A.. **Aspectos imunológicos do diabetes melito tipo 1.** *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online]. São Paulo, vol.45, n.2. 1999.

CINTRA, Vivian & DESTRO, Talita. **Caracterização da população dos receptores em lista e os submetidos ao transplante de pâncreas e pâncreas-rim.** *Rev. bras. enferm.* [Online]. Brasília, vol.61, n.2., 2008.

HALLER, M. J., ATKINSON, M. A., SCHATZ, D. **Type 1 diabetes mellitus: etiology, presentation, and management.** *Pediatr Clin North Am.* 52(6):1553-78, 2005.

BRASI I. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil.** Brasília; 2004.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

GROSS, J. L. et al. **Diabetes Melito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico.** *Arq Bras Endocrinol Metab* [online]. São Paulo, vol.46, n.1., 2002.

LOJUDICE, F. H. & SOGAYAR, M. C. **Células-tronco no tratamento e cura do diabetes mellitus.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. Rio de Janeiro, vol.13, n.1., 2008.

NICOLUZZI, J. E., MARMANILLO, C. W. & REPKA, J. C. D. **Transplante simultâneo de pâncreas-rim em portador de diabetes mellitus tipo 1 com insuficiência renal crônica: experiência inicial do Hospital Angelina Caron.** *Arq Bras Endocrinol Metab* [online]. São Paulo, vol.47, n.3., 2003.

PIRES, A. C. & CHACRA, A. R. **A evolução da insulino terapia no diabetes melito tipo 1.** *Arq Bras Endocrinol Metab* [online]. São Paulo, vol.52, n.2., 2008.

REIS, J. S., et al. **Estresse oxidativo: revisão da sinalização metabólica no diabetes tipo 1.** *Arq Bras Endocrinol Metab* [online]. São Paulo, vol.52, n.7., 2008.

SA, J. R., de et al. **Transplante de pâncreas e ilhotas em portadores de diabetes melito.** *Arq Bras Endocrinol Metab* [online]. São Paulo, 2008, vol.52, n.2., 2008.

SILVA, M. E. R., MORY, D., DAVINI, E. **Marcadores genéticos e auto-ímenes do diabetes melito tipo 1: da teoria para a prática.** *Arq Bras Endocrinol Metab* [online]. São Paulo, vol.52, n.2., 2008.

SESTERHEIM, P., SAITOVITCH, D., STAUB, H. L. **Diabetes Mellitus Tipo 1: multifatores que conferem suscetibilidade à patogenia auto-imune.** *Scientia Medica*. Porto Alegre, v. 17, n. 4. 2007.

20-AVALIAÇÃO DAS COMPLICAÇÕES CRÔNICAS MAIS PREVALENTES EM PACIENTES IDOSOS DIABÉTICOS ASSISTIDOS PELO SERVIÇO DE ENDOCRINOLOGIA DO CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO – CAISI, NA CIDADE DE JOÃO PESSOA – PB¹

Amanda Maria Leite Mendonça²

Maitê de Souza e Silva³

Victor Hugo Paiva Simões³

Danielle Albino Rafael Matos⁴

Marivânia da Costa Santos⁴

Resumo

Diabetes Mellitus (DM) é um distúrbio crônico do metabolismo, causado por hiperglicemia, que envolve disfunções progressiva de vários órgãos alvos, conhecidas como complicações crônicas (CC). Dentre as CC, o infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral são os maiores causadores de morbi-mortalidade. O estudo avaliou a prevalência das CC em pacientes idosos diabéticos no serviço de endocrinologia do centro de atenção integral à saúde do idoso CAISI, através do levantamento de 100 prontuários. Dos pacientes 43% apresentavam complicação cardiovascular e 14%, vasculopatia de membros inferiores por insuficiência periférica venosa e/ou arterial, seis (6%) foram diagnosticados com retinopatia e nefropatia diabética, entre outras comorbidades de maior prevalência como hipertensão arterial e glaucoma. As CC refletem a dificuldade de controle metabólico, a descontinuação do tratamento, as dificuldades de acesso ao serviço especializado e consequente retardo no diagnóstico, seguimento e tratamento. A alta prevalência das CC reforça a importância do rastreamento das CC nos DM tipo 2, tão logo sejam diagnosticados.

Palavras-chave: diabetes mellitus, saúde do idoso, complicações do diabetes

Introdução

Diabetes Mellitus (DM) é um distúrbio crônico do metabolismo dos carboidratos que cursa com hiperglicemia por defeitos de secreção e/ou ação da insulina a nível de tecidos periféricos, especialmente fígado, gordura e músculos¹. Trata-se de um crescente problema de saúde pública devido ao aumento exponencial de diabetes mellitus tipo 2, prevalente em idosos devido ao aumento da expectativa de vida da população.^{2,3}

Como a doença cursa de forma “silenciosa”, ou seja, com pouco sintomas nos primeiros anos de acometimento, sabe-se que o paciente com diabetes tipo 2 é diagnosticado com atraso médio de quatro a cinco anos, com consequente risco da presença de algumas complicações crônicas da doença, já na época do diagnóstico⁴. Os vários processos patogênicos específicos da hiperglicemia causam disfunções e insuficiência progressiva de vários órgãos alvos, especialmente olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos, conhecidas como complicações crônicas (CC) do diabetes mellitus. A retinopatia diabética proliferativa é a principal causa de cegueira na população adulta, excetuando-se as causas congênitas. A incidência de infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral é de três a cinco vezes maior no diabético quando comparado a população normal.

¹ Projeto de Pesquisa

² Discente da Faculdade de Medicina Nova Esperança- FAMENE. End.: rua Dr. Seixas Maia, 135 apt. 402, Manaíra, João Pessoa-PB. cep 58038-080 Email: amandamedicina@hotmail.com.

³ Discente da Faculdade de Medicina Nova Esperança- FAMENE.

⁴ Docentes da disciplina de Endocrinologia da Faculdade de Medicina Nova Esperança- FAMENE.

Atualmente no Brasil, 30% dos pacientes em processo de diálise são portadores de nefropatia diabética e 50% dos pacientes diabéticos tem algum grau de neuropatia diabética já na época do diagnóstico. Também as úlceras e amputações de pododáctilos e membros inferiores têm se tornado um problema de alto custo financeiro para as políticas de saúde do país.⁵ Estas CC e a alta morbi-mortalidade relacionada à elas exige um rastreamento diagnóstico precoce para retardo no surgimento e progressão, com controle adequado da doença.⁶

Este estudo tem portanto, como objetivo principal avaliar retrospectivamente, as complicações crônicas mais prevalentes dos pacientes idosos diabéticos assistidos pelo serviço de endocrinologia do centro de atenção integral à saúde do idoso – CAISI, na cidade de João Pessoa - PB.

Método

Trata-se de um estudo transversal não concorrente (retrospectivo) realizado no centro de atendimento de média complexidade - CAISI, que é referência no atendimento ao idoso na cidade de João Pessoa - PB. Foram analisados 100 prontuários de pacientes idosos (idade igual ou superior a 60 anos), diabéticos, com diagnóstico confirmado por mais de duas glicemias de jejum maior ou igual a 126mg/dl; atendidos pelo serviço de endocrinologia, no período de Junho de 2010 a Dezembro de 2013. A coleta de dados foi feita em roteiro estruturado contendo dados sobre as CC dos pacientes nas várias consultas ao endocrinologista e especialidades afins, como cardiologista (infarto agudo do miocárdio (IAM), diagnóstico de angina pectoris, laudo de cateterismo cardíaco, história de colocação de “stent” ou revascularização miocárdica, hipertensão arterial e dislipidemia; histórico de acidente vascular cerebral (AVC), oftalmológico (laudo de fundoscopia com retinopatia diabética ou tratamento prévio com laserterapia, glaucoma e catarata); nefropatia diabética através do diagnóstico nefrológico, pacientes em programa de diálise ou microproteinúria documentada em duas ocasiões diferentes acima de 150 mg/24horas; além do diagnóstico clínico de neuropatia sensitivo-motora de membros inferiores e vasculopatias periféricas através da história clínica e exame físico, laudo de doppler arterial e/ou venoso, úlceras e amputações. Foi realizada análise quantitativa dos dados. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para análise, estando de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e discussão

Dos 100 pacientes estudados, apenas 29% eram do sexo masculino, mediana de idade de 67 anos, contrapondo-se a grande maioria do sexo feminino (71%), com idade mediana de 69. Dados do Ministério da Saúde revelam que no Brasil a população adulta portadora de DM é de 7,6%, sendo discretamente mais prevalente nas mulheres⁹. Após os 60 anos, este número sobe para 20,9% da população. Mesmo considerando a associação com obesidade, disponibilidade e acesso aos serviços, realização de exercícios físicos, que variam de sociedade em sociedade, a diferença do diagnóstico entre os sexos constitui mais do que diferenciais genéticos, um produto da presença de fatores de risco⁷ e principalmente da resistência da população masculina em procurar atendimento médico.

Um estudo sobre a prevalência do DM entre os sexos apontava para o maior desconhecimento da doença entre os homens, sendo que o possível “excesso” da doença entre as mulheres teria como explicação maior a procura e acesso aos serviços de saúde, pela mulheres⁸.

Em relação ao tempo de diagnóstico do DM, 49% apresentavam a doença há um período maior ou igual a 10 anos, 46% há menos de 10 anos, e em 5% dos prontuários não havia tal informação. É sabido que o diagnóstico do DM tem atraso de 4-5 anos em média, devido a ausência de sintomas específicos nos anos iniciais da doença e também pela não realização de glicemias de rotina em campanhas preventivas.

No que se refere às CC do DM, 43% dos pacientes estudados apresentavam complicações cardiovasculares. Dezoito por cento (18%) apresentavam insuficiência coronariana, 11% tinham,

pelo menos um episódio de AVC prévio, e 14% vasculopatia de membros inferiores como insuficiência periférica venosa e/ou arterial, ou presença de úlceras ou segmentos amputados.

Estudos demonstram que o comprometimento aterosclerótico das artérias coronarianas, dos membros inferiores e das cerebrais é comum nos pacientes com diabetes mellitus do tipo 2 e constitui a principal causa de morte destes pacientes⁹. De fato, o risco relativo de morte por eventos cardiovasculares ajustado para a idade em diabéticos é três vezes maior do que o da população em geral¹⁰.

Em relação às complicações microangiopáticas analisadas, estas estavam presentes em 12% dos pacientes, sendo que 6% deles apresentavam retinopatia, em diferentes estágios de evolução e 26% apresentavam catarata ou glaucoma. Pesquisas apontam para a retinopatia diabética como principal causa de cegueira entre pacientes de 20 a 74 anos. Se considerarmos que HAS estava presente em mais da metade dos casos (60%), temos um tripê particularmente grave para a saúde ocular dos idosos, com piora de qualidade de vida e aumento do risco de quedas: o diagnóstico de DM tipo 2 aumenta o risco de glaucoma em 35%, assim como HAS, aumenta em 17%. Quando ambas as condições estão presentes, a probabilidade do paciente diabético desenvolver glaucoma sobe para 48%.

A nefropatia diabética em 6% dos pacientes figura entre a principal causa de doença renal terminal em pacientes que fazem hemodiálise¹². Neuropatia sensitiva ou motora era complicação de 15% dos pacientes. Como o sistema público de saúde não disponibilizava na época do estudo, a eletroneuromiografia para estes pacientes, o diagnóstico e tratamento da neuropatia diabética foi baseado apenas em dados clínicos.

A presença de valores séricos alterados do colesterol total e frações, além dos triglicérides, foi encontrada em 40% deles. Como alguns pacientes não tinham resultados dos exames laboratoriais registrados em seus prontuários, e outros perderam acompanhamento após uma única consulta, a análise desta última variável sofreu prejuízo, apresentando valores com viés lacunar, tendo em vista que estamos apenas inferindo dados a partir da realidade observada. O DM tipo 2 sabidamente associa-se a vários fatores de risco como HAS, obesidade, resistência à insulina, microalbuminúria e anormalidades nos lipídios e lipoproteínas plasmáticas¹³.

O impacto desfavorável da HAS e das dislipidemias sobre a morbimortalidade cardiovascular é amplamente reconhecido, bem com a freqüente associação destas condições ao DM. Dados da Organização Mundial da Saúde mostram significativa elevação da mortalidade de indivíduos com DM tipo 1 e 2 na presença de HAS. Também a intervenção sobre a dislipidemia tem se mostrado benéfica no controle da doença macrovascular de indivíduos diabéticos¹⁴.

Considerações finais

As complicações crônicas do Diabetes decorrem de alterações micro e macrovasculares, as quais podem em sua grande maioria, serem evitadas ou retardadas, através de um bom controle dos níveis glicêmicos e dos fatores de risco que comumente estão associados, como a HAS e a dislipidemia.

Existem poucos estudos populacionais sobre a prevalência das complicações crônicas do DM no Brasil em população idosa. Apenas uma pequena fração da população dos pacientes diabéticos é avaliada regularmente para a presença de complicações nas suas fases iniciais e recebe orientação terapêutica apropriada.

A prevalência das complicações crônicas do DM do tipo 2 é muito alta nos pacientes idosos atendidos nos serviços de endocrinologia do CAISI. Isto reforça a importância da realização de rastreamento de rotina dessas doenças, e seu acompanhamento para a prestação de uma assistência de saúde efetiva.

É mister que se preze por uma atenção integral dos pacientes idosos diabéticos, com vistas a reduzir o impacto dessas complicações na qualidade de vida desses pacientes e prolongar a sua vida de uma forma mais saudável e participativa na sociedade.

Referências

- 1 - Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 16. Série A. Diabetes Mellitus. Normas e Manuais Técnicos, 1.^a edição, 2006.
- 2 - Tavares, Darlene Mara dos Santos et al. Caracterização de idosos diabéticos atendidos na atenção secundária. *Ciênc. saúde coletiva*, Out 2007, vol.12, n.5, p.1341-1352.
- 3 - Lourenço RA. Diabetes no idoso. In: Oliveira JEP, Milech A, organizadores. *Diabetes mellitus: clínica, diagnóstico e tratamento multidisciplinar*. São Paulo: Atheneu; 2004. p.339-44.
- 4 - American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes —2012. *Diabetes Care*. 2011; 35:S11S63. available: http://care.diabetesjournals.org/content/35/Supplement_1/S11.full.
- 5 - Bahia LR, Araujo DV, Schaan BD, Dib SA, Negrato CA, Leão MP, Ramos AJ, Forti AC, Gomes MB, Foss MC, Monteiro RA, Sartorelli D, Franco LJ. The costs of type 2 diabetes mellitus outpatient care in the Brazilian public health system. *Value Health*. 2011 Jul-Aug;14(5 Suppl 1):137-40.
- 6 - Diabetes Mellitus – Guia Básico para Diagnóstico e Tratamento – Ministério da Saúde, Brasília, 1996
- 7- Hamman RF. Diabetes in affluent societies. In: Mann, J.I., Pyorala, K., Teuscher A. *Diabetes in Epidemiological Perspective*; Churchill, Livingstone: Edinburgh/London/ Melbourne and New York, 1983.
- 8- Goldenberg P, Franco LJ, Pagliaro H, Silva RS, Santos CA. Diabetes mellitus auto-referido no município de São Paulo: prevalência e desigualdade. *Cad Saúde Pública* 1996; 12(1): 37-45.
- 9- SCHEFFEL, R.F. Prevalência de complicações micro e macrovasculares e de seus fatores de risco em pacientes com diabetes melito do tipo 2 em atendimento ambulatorial. *Assoc Med Bras* 2004; 50(3): 263-7.
- 10- Stamler J, Vaccaro O, Neaton JD, Wentworth D. Diabetes, other risk factors, and 12-yr cardiovascular mortality for men screened in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Diabetes Care* 1993;16:2, 434-44.
- 11- AGUIAR, L.G.K, VILLELA, N.R., BOUSKELA, E. A Microcirculação no Diabetes: Implicações nas Complicações Crônicas e Tratamento da Doença. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2007;51:2.
- 12-GROSS, J.L.; NEHME, M.. Detecção e tratamento das complicações crônicas do diabetes melito: Consenso da Sociedade Brasileira de Diabetes e Conselho Brasileiro de Oftalmologia. **Rev. Assoc. Med. Bras.** 1999;45:3
- 13- SCHAAN, B.D. HARZHIM, E., GUS, I. Perfil de risco cardíaco no diabetes mellitus e na glicemia de jejum alterada. *Rev Saúde Pública*, 2004;38(4):529-36.
- 14- Wang SL, Head J, Stevens L, Fuller JH. Excess mortality and its relation to hypertension and proteinuria in diabetic patients. The World Health Organization multinational study of vascular disease in diabetes. *Diabetes Care* 1996; 19: 305-12.

21-AVALIAÇÃO DA LESÃO RENAL AGUDA E DO BALANÇO HÍDRICO COMO PREDITORES DE MORTALIDADE EM PACIENTES GRAVEMENTE ENFERMOS¹

Amanda Maria Leite Mendonça²

Germana granja bezerra³

Grizelle Nunes Pedrosa³

Paulo César Gottardo⁴

Ciro Leite Mendes⁴

Resumo

A insuficiência renal aguda tem incidência em torno de 2 a 5%, em pacientes hospitalizados, uma parte desses pacientes tem sido tratados em Unidades de Terapia Intensiva e, dependendo do quadro, altas taxas de mortalidade, podem ser atingidas através disso se faz necessário avaliar se o maior grau de alteração renal e o balanço hídrico positivo possuem correlação com mortalidade e com escores prognósticos. Estude de coorte, multicêntrico (11 UTIs do município de João Pessoa), 108 prontuários, com sete dias de seguimentos avaliando a correlação entre AKIN máximo e balanço hídrico com mortalidade e com escores prognósticos (SOFA, SOFA 48h, SOFA máximo, SAPS3). Dos escores estudados, o balanço hídrico acumulado por dia, a porcentagem do balanço hídrico positivo apresentou uma predição de mortalidade semelhante ao SOFA, sendo inclusive superior ao SAPS3 e ao SOFA da admissão, enquanto que o AKIN máximo não demonstrou, com isso é necessário continuar avaliando a lesão renal para assim reduzir incidência e as suas consequências.

Palavras-Chave: Lesão Renal Aguda. Balanço Hídrico. Mortalidade.

Introdução

A lesão renal aguda (LRA) é um problema clínico comum encontrado em pacientes criticamente enfermos e caracteristicamente prenuncia um aumento na morbidade e mortalidade.¹ Uma parte desses pacientes tem sido tratados em Unidades de Terapia Intensiva e, dependendo do quadro, altas taxas de mortalidade, podem ser atingidas.² AKIN maior que I em pacientes hospitalizado foi associada comum aumento da mortalidade. E com isso se faz necessário continuar avaliando o AKIN para assim reduzir a incidência e as consequências da lesão renal aguda.³

A classificação e estágios da lesão renal aguda (AKIN) se baseia no critério creatinina sérica: Aumento da creatinina sérica $\geq 0,3$ mg/dl ou aumento para $\geq 150\%$ a 200% ($1,5x$ a $2x$) do valor basal, II aumento da creatinina sérica para $> 200\%$ a 300% ($>2x$ a $3x$) do valor basal, III aumento da creatinina sérica para $> 300\%$ ($> 3x$) do valor basal, ou creatinina sérica $\geq 4,0$ mg/dl com um aumento agudo de pelo menos $0,5$ mg/dl. Critério fluxo urinário: I $< 0,5$ ml/kg/h em $> 6h$, II $< 0,5$ ml/kg/h em $> 12h$ e III $< 0,3$ ml/kg/h em $24h$, ou anurica por $12h$. Os resultados sugerem que o emprego da classificação AKIN na pratica clinica pode ser um diferencial para avaliação e diagnostico da LRA e, assim, contribuir para adoção de intervenções precoces.³

Em um estudo analisando o balanço hídrico em pacientes críticos foi visto que o balanço negativo durante a internação na Unidade de Terapia Intensiva reduziu quase 70% o risco de mortalidade.⁴

O presente estudo irá avaliar se o maior grau de alteração renal (AKIN máximo) e o balanço hídrico positivo possuem correlação com mortalidade e com escores prognósticos.

¹ Projeto de Pesquisa.

² Discente da Faculdade de Medicina Nova Esperança- FAMENE. End.: rua Dr. Seixas Maia, 135 apt. 402, Manaíra, João Pessoa-PB. cep 58038-080 Email: amandamedicina@hotmail.com.

³ Discente da Faculdade de Medicina Nova Esperança- FAMENE

⁴ Docentes da Faculdade de Medicina Nova Esperança- FAMENE.

Método

Trata-se de um estudo de coorte, multicêntrico (11 UTIs do município de João Pessoa) do tipo documental prospectiva, explicativa e descritiva com abordagem quantitativa. A população foi composta por todos os prontuários dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva durante sete dias, composta de uma amostra de 108 pacientes. O instrumento para a coleta de dados foi um roteiro estruturado avaliando a correlação entre AKIN máximo e balanço hídrico com mortalidade e com escores prognósticos (SOFA, SOFA 48h, SOFA máximo nos setes dias, SAPS3. A presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para análise, estando de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e discussão

Foram avaliados 108 prontuários em onze Unidades de Terapia Intensiva (UTI) no município de João Pessoa - PB e foi encontrado os seguintes dados 17 (16,7%) evoluíram para óbito. Na análise da curva ROC, o balanço hídrico acumulado apresentou área de 0,644 (IC 95% 0,5 – 0,788); a porcentagem de dias com balanço hídrico positivo, 0,772 (IC 95% 0,636 – 0,907); o balanço hídrico acumulado por dia, 0,748 (IC 95% 0,601 – 0,894); o AKIN máximo 0,579 (IC 95% 0,411 – 0,746), o SOFA máximo 0,754 (0,611 – 0,896); SOFA admissão, 0,68 (IC 95% 0,517 – 0,843); SOFA 48 horas, 7,49 (IC 95% 0,616 – 0,882); SAPS3, 0,666 (IC 0,508 – 0,824).

Alguns autores relatam que, nos últimos anos, AKIN foi confirmado como um predito independente de prognóstico em pacientes criticamente enfermos, e que o risco de mortalidade intra-hospitalar foi maior entre os pacientes em fase AKIN III com um alto SOFA.^{5,6,7, 8} Em nosso estudo o AKIN máximo não demonstrou a mesma acurácia na produção de mortalidade.

Escore de gravidade são úteis para garantir a gravidade da doença similar entre os grupos em ensaios clínicos e para permitir a comparação entre os diferentes estudos, onde SAPS 3 apresenta boa discriminação e performances de calibração, prevendo assim com precisão a mortalidade nos pacientes críticos com lesão renal aguda. Contudo equação personalizada do SAPS 3 foi o sistema de pontuação mais preciso para a predição de mortalidade hospitalar em AKIN de pacientes criticamente enfermos⁹ Os pacientes com sobrecarga de líquidos tem elevada taxa de mortalidade em comparação com aqueles sem. Uma associação de um maior grau de acúmulo de líquido no início do terapia renal substitutiva (TRS) com maior mortalidade tem sido bem documentada em pacientes de UTI, o saldo diário médio mais positiva do fluido durante a internação na UTI ou após o início TRS tem sido associada com aumento da mortalidade^{10, 11} Corroborando com o estudo em questão que dentre os escores estudados, o balanço hídrico acumulado por dia, a porcentagem do balanço hídrico positivo apresentou uma predição de mortalidade e semelhante ao balanço hídrico o SOFA máximo em sete dias; sendo inclusive superior ao SAPS3 e ao SOFA da admissão nessa população foi um grande preditor de mortalidade.

Conclusão

Contudo, pequenas elevações da creatinina e o balanço hídrico positivo na unidade de terapia intensiva estão associadas com o aumento da mortalidade ajustada ao risco em todas as definições da unidade de tratamento intensivo, contudo a estratégias para evitar até mesmo leve lesão renal aguda ou promover a recuperação renal pode melhorar a sobrevida.

Referências

1. Bagshaw S.M., George C., Bellomo R.A. comparison of the RIFLE and AKIN criteria for acute kidney injury in critically ill patients. *Nephrol Dial Transplant*. 2008 May;23(5):1569-74
2. Costa J.A.C., Moyses Neto M & Vieira Neto O.M. Insuficiência Renal Aguda Na Terapia Intensiva. *Medicina, Ribeirão Preto*. 31: 532-551, out./dez. 1998.

3. Magro M.C.S., Franco E.S., Guimaraes D., Kajimoto D., Goncalves M.A.B., Vattimo M.F.F. Avaliação da função renal em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca: a classificação AKIN prediz disfunção renal aguda. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009; 21(1):25-31.
4. Barmparas G, Liou D, Lee D, Fierro N, Bloom M¹, Ley E¹, Salim A², Bukur M³. Impact of positive fluid balance on critically ill surgical patients: A prospective observational study. *J Crit Care*. 2014 Jul 2
5. Kwon S.H., Noh H., Jeon J.S., Kim Y., Han D.C. An assessment of AKIN criteria for hospital-acquired acute kidney injury: a prospective observational cohort study. *Nephron Clin Pract* , 2010;116(3):c217-23.
6. Marlies Ostermann, Rene Chang² and The Riyadh ICU Program Users Group. Correlation between the AKI classification and outcome . *Critical Care*, 2008. Vol 12 No 6
7. Poukkanen M. , Vaara S.T. , Pettilä V. , Kaukonen K.M. , Korhonen A.M. , Hovilehto S. , Inkinen O. , Laru-Sompa R. , T. Kaminski , Reinikainen M. , V. Lund , Karlsson S . Acute kidney injury in patients with severe sepsis in Finnish Intensive Care Units. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2.013 de agosto; 57 (7) :863-72
8. Ya-Wen Yang, Che-Hsiung Wu, Wen-Je Ko, Vin-Cent Wu, Jin-Shing Chen, Nai-Kuan Chou, Hong- Shiee Lai. Prevalence of Acute Kidney Injury and Prognostic Significance in Patients with Acute Myocarditis. October 2012 | Volume 7 | Issue 10 | e48055.
9. Costa e Silva V.T., de Castro I., Liaño F., Muriel A., Rodríguez-Palomares J.R., Yu L. Performance of the third-generation models of severity scoring systems (APACHE IV, SAPS 3 and MPM-III) in acute kidney injury critically ill patients. *Nephrol Dial Transplant*, 2011 Dec;26(12):3894-901. doi: 10.1093/ndt/gfr201. Epub 2011 Apr 19.
10. Vaara ST, Korhonen AM, Kaukonen KM, Nisula S, Inkinen O, Hoppu S, Laurila JJ, Mildh L, Reinikainen M, Lund V, Parviainen I, Pettilä V; FINNAKI. Fluid overload is associated with an increased risk for 90-day mortality in critically ill patients with renal replacement therapy: data from the prospective FINNAKI study. *Crit Care*. 2012 Oct 17;16(5):R197
11. Shim HJ, Jang JY, Lee SH, Lee JG The effect of positive balance on the outcomes of critically ill noncardiac postsurgical patients: a retrospective cohort study. *J Crit Care*. 2014 Feb;29(1):43-8.

22-SÍNDROME DE WALLEMBERG: RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ASSOCIADA AO QUADRO CLÍNICO REVISÃO DA LITERATURA

Nereu Alves Lacerda¹

Marcelo Augusto Barreto Alves Fonseca²

Igor Souza Pessoa Da Costa³

Eulâmpio José da Silva Neto⁴

Resumo

A Síndrome De Wallenberg deve-se a descrição de uma síndrome bulbar cujas características fundamentais consistem em desordens da série cerebelar ipsolaterais à lesão, tendência à queda na atividade vertical, desvios durante a marcha, paresia do palato mole e da corda vocal e distúrbios da sensibilidade. Estes se apresentam geralmente sob a forma de dissociação seringomiélica e se revestem de disposição alterna, acometendo a hemiface do mesmo lado da lesão e os membros e o tronco do lado oposto. Esta síndrome é correntemente designada também como síndrome da artéria cerebelar posterior inferior, apesar de na maior parte das vezes, a oclusão se situa na artéria vertebral.

Palavras-chave: síndrome de wallenberg, lesão bulbar, isquemia

Introdução

A síndrome da artéria cerebelar posterior inferior ou síndrome de Wallenberg é compreendida como um quadro clínico ocasionado muitas vezes por um acidente vascular cerebral (AVC) ou na artéria cerebelar posterior inferior (PICA) ou na artéria vertebral, sendo um detalhe importante salientar que existe sempre uma artéria vertebral que por ter um calibre maior representa fonte maior de irrigação e é conhecida por dominante sendo os danos a esta artéria ainda mais debilitantes e severos para o paciente. É uma síndrome das mais conhecidas no grupo das patologias vasculares do tronco encefálico, pois é a mais frequente patologia que acomete esta área de forma vascular, sendo 30% maior em homens que em mulheres. Além disso, o principal fator de risco nessa patologia é a hipertensão e em conjunto os ataques isquêmicos transitórios, hemorragia cerebral, e as lesões cerebrais arteriotrombóticas também o são, tendo esta última uma taxa de correlação de 50%.¹ Atualmente esta síndrome pode ser identificada com rapidez graças às modernas técnicas de neuroimagem, incluindo a tomografia e ressonância magnética. A apresentação dos sintomas iniciais são na maioria de forma aguda com presença de ataxia, disfagia, disfonia, síndrome de Horner, alterações sensitivas, etc. O prognóstico tende a ser favorável e as sequelas, mesmo que sejam crônicas, afetam pouco na funcionalidade do paciente¹.

Método

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica utilizando a base de dados do banco online SCIELO através de artigos relevantes para subsidiar a produção dessa revisão de literatura durante o primeiro semestre de 2014. Primeiramente, uma busca minuciosa através de livros e artigos científicos buscando informações sobre os sinais e sintomas da síndrome de Wallenberg para destacar a importância do conhecimento no diagnóstico clínico dessa patologia. Destaca-se a escassez de materiais literários relacionados a esse assunto, principalmente no Brasil, sendo a maioria dos artigos utilizados proveniente dos Estados Unidos.

Resultados e discussão

A síndrome resulta numa lesão de uma área lateral cuneiforme, situada imediatamente atrás da oliva bulbar e cujo ápice, aprofundando-se em direção posterior e medial, aproxima-se do trato solitário, na porção superior do bulbo. Isso é causado ao paciente devido a oclusão de artéria, podendo ser a PICA ou a vertebral, sendo com mais frequência a artéria vertebral já que esta irriga predominantemente a porção lateral do bulbo através das artérias perforantes provenientes dela. Quando a lesão afeta unicamente as artérias perforantes da artéria vertebral ocorre somente infarto bulbar lateral sem afetar o cerebelo, fato que não ocorre quando a PICA também é afetada causando, além do infarto bulbar lateral, um infarto ipsilateral do cerebelo².

A fisiopatologia é explicada pelo território bulbar comprometido englobando os tratos espinocerebelares ventral e dorsal, o trato espinotalâmico lateral, os núcleos do vago, e glossofaríngeo (porção superior do núcleo ambíguo, principalmente), parte das formações reticulares, inclusive as vias simpáticas, a raiz descendente do trigêmeo, os dois terços anteriores da substância gelatinosa de Rolando, e mesmo o pólo superior da oliva bulbar.²

No comprometimento ipsilateral há hemissíndrome cerebelar, paralisia velofaringolaríngea (e consequentes disfagia e alterações da palavra), comprometimento da sensibilidade superficial na hemiface correspondente, sobretudo das formas térmica e dolorosa e síndrome oculossimpática de Claude Bernard-Horner. A existência de ptose com estreitamento da fenda palpebral é o componente mais frequente da síndrome de Honer causada principalmente pela lesão das fibras nervosas descendentes do sistema simpático na porção lateral da substância reticular, sendo que a miose também é muito comum (manutenção da resposta pupilar à luz).²

Contralateralmente ocorre anestesia dos membros e tronco, com dissociação do tipo siringomiélico. Esse transtorno sensitivo é ocasionado por lesão do trato espinotalâmico lateral

Por influência irritativa de edema ou por extensão maior da lesão, há comprometimento do núcleo do hipoglosso ou dos núcleos do VIII par, especialmente do núcleo vestibular. Diante dessa situação integram frequentemente à síndrome de Wallenberg: paresia da hemilíngua, vertigens e nistagmo³.

A ataxia da marcha é um sinal comum e resulta da lesão do corpo restiforme (pedúnculo cerebelar inferior) ou das vias espinocerebelares e vestibulocerebelares (lesão do núcleo vestibular inferior). Na porção inferior do bulbo, ambas as estruturas se localizam lateralizadas e dessa forma são normalmente ainda mais afetadas em infartos de localização caudal. Se houver lesão conjunta com o cerebelo, essa ataxia tende a ser exacerbada.

A Ressonância magnética é o principal método de diagnóstico dessa patologia por mostrar de forma imediata achados precisos e com topografia exata, no caso ocorrendo na região bulbar lateral. Essas imagens têm como características um infarto agudo ou subagudo, de acordo com o tempo de evolução³.

A angiografia por ressonância magnética pode ser utilizada para localizar a oclusão de grandes vasos cervicais, assim como lesões intracraniais. Os pacientes portadores de marca-passos ou outras circunstâncias que não permitam o uso da ressonância magnética podem se submeter ao uso da angiotomografia que mostra a circulação extracranial e a circulação posterior intracranial e é muito útil para avaliar pacientes com suspeita de oclusão da artéria basilar. O ultrassom Doppler também pode ser usado para mostrar as artérias vertebrais proximais e se o fluxo é anterógrado ou retrógrado⁴.

A síndrome de Wallenberg tem prognóstico benigno, a sobrevida em cinco anos é 54-59% dos casos; 40% dos falecimentos é devido a um novo infarto cerebral e 26% por um infarto do miocárdio⁵.

Considerações finais

O trabalho foi uma tentativa de descrever a correlação clínica dos sintomas com a localização anatômica da lesão isquêmica que causa a Síndrome de Wallenberg e se discutir os

achados de imagem, dando ênfase no papel da ressonância magnética para realização de uma adequada evolução da doença e correlação clínica dos achados de imagem com a clínica neurológica apresentada pelo paciente. Cursando progressivamente com problemas sensoriais simpáticos, piramidais e de pares de nervos craniais.

Referências

1. Miramontes JP, Aláez I. Wallenberg's syndrome in-patient without vascular risk factors. *Rev Clin Esp* 2008 Jun;208(6):319-20
2. Roldán E, Juárez H. Wallenberg syndrome: magnetic imaging findings and clinical correlation. *Gac Med Mex* 2007 Sep-Oct;143(5):429-32
3. SAVITZ SI, CAPLAN LR. **Vertebrobasilar disease**. *N Engl J Med* 2005;352:2618-2626.
4. WILKINS RH, BRODY IA. **Wallenberg's syndrome**. *Arch Neurol* 1970;22(4):379-382
5. FISHER CM, KARNES WE, KUBIK CS. Lateral **medullary infarction-the pattern of vascular occlusion**. *J Neuropathol Exp Neurol* 1961;20:323-379.

23-MENINGITE MENINGOCÓCCICA. UM ENFOQUE PROFILÁTICO¹

Gabriela Puziski Ferreira de Melo²

Gabriela de Almeida Costa Ramos Guedes³

Gustavo Henriques Marques Gadelha de Sá³

Luiz Felipe Félix de Figueiredo³

Ana Karina Holanda Leite Maia⁴

Clélia de Alencar Xavier Mota⁵

Resumo

Meningite meningocócica é uma infecção aguda nas meninges causada pela *Neisseria Meningitidis*, cuja transmissão ocorre através de diferentes aglomerados sociais. De evolução rápida, o quadro clínico consiste em: cefaleia, vômitos e febre, assim como sinais meníngeos e petéquias. A profilaxia é uma das principais medidas de controle. Quando diagnosticada, recomenda-se o isolamento respiratório do paciente por 24 horas e um tratamento rápido. A profilaxia é feita através das vacinas polissacarídeas antimeningocócicas que não são capazes de produzir memória imunológica. Portanto, são úteis para controle de surtos ou epidemias da doença em grupos definidos. O uso de vacinas antimeningocócicas polissacarídeas e as recomendações para o controle de surtos localizados são aspectos que merecem atenção.

Palavras-chave: Meningite, vacina, profilaxia.

Introdução

A *Neisseria Meningitidis* é atualmente a principal causa de meningite bacteriana no Brasil. A infecção invasiva pelo meningococo resulta em amplo espectro clínico de doença que inclui a meningite, a meningococcemia ou ambas, sendo a meningite a forma clínica mais frequentemente observada. Algumas das características da doença meningocócica, tais como sua rápida evolução, gravidade e letalidade, assim como seu potencial caráter epidêmico, fazem com que a prevenção através de vacinas, seja de extrema importância.

Existem 13 sorogrupos identificados de microorganismos, porém os que mais causam as doenças são os A, B, C, Y e W 135. No Brasil, o sorogrupo B predomina. A doença ocorre em todo o mundo, sendo um problema de saúde pública. Acomete principalmente crianças e adultos jovens e é transmitida por meio das secreções respiratórias de portadores, favorecendo uma maior contaminação nos contactantes íntimos.

A probabilidade de desenvolver doença meningocócica invasiva dependerá da virulência da cepa, do estado imune do hospedeiro e da capacidade de eliminação do agente da corrente sanguínea. O baço também exerce um importante papel na eliminação da bactéria na corrente sanguínea.

No Brasil, a doença meningocócica é endêmica, com ocorrência de surtos. Define-se um surto a partir da ocorrência de três ou mais casos, confirmados ou prováveis, em um período de 3 meses, que residam na mesma área geográfica, gerando uma taxa de ataque igual ou maior a 10 casos em 100.000 habitantes. Epidemias causadas pela *Neisseria meningitidis* caracterizam-se pelo

¹Projeto de extensão de Educação e Saúde: Prevenção de Doenças Infecciosas e Ectoparasitoses dos Acadêmicos do Curso de Medicina da FAMENE.

²Discente relator da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa – PB), gabi_puziski@hotmail.com.

³Discentes da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa – PB)

⁴Docente orientadora da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa – PB), anakarinamaia@hotmail.com.

⁵Docente colaboradora da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa – PB).

predomínio de um genótipo do meningococo, elevadas taxas de incidência e aumento dos coeficientes de incidência em faixas etárias mais elevadas.

A maior incidência ocorre em lactentes, e o sorotipo C é o responsável pela maioria dos casos, o que levou à introdução da vacina meningocócica C conjugada no Programa Nacional de Imunizações, em 2010, para crianças com idade menor que 2 anos. A doença meningocócica acomete pacientes de todas as idades, porém aproximadamente 40 a 50% dos casos notificados no Brasil ocorrem em crianças menores de 5 anos de idade, sendo que os maiores coeficientes de incidência da doença são consistentemente observados em lactentes, no primeiro ano de vida.

Método

Foi realizada uma revisão bibliográfica utilizando as bases de dados Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde e Google Acadêmico dos artigos publicados no período de 2006 à 2014. Foi usado o decs.bvs.br para o uso dos descritores: Meningite, vacina, profilaxia.

Resultados e discussão

As tentativas de desenvolver vacinas antimeningocócicas dataram da década de 1940, sendo as primeiras desenvolvidas com bactérias mortas. No entanto, após investigações, constatou-se que os anticorpos contra os polissacárides celulares capazes de conferir proteção em ratos, quando purificados, não induziam resposta protetora em humanos voluntários. Com o surgimento da sulfonamida e o seu uso, não só no tratamento, mas também na prevenção da Doença Meningocócica, o desenvolvimento das vacinas foi relegado a segundo plano. Contudo, a partir de 1963, começaram a surgir, nos Estados Unidos, cepas dos meningococos A, B e C resistentes à sulfonamida, o que reativou os esforços em busca da vacina antimeningocócica. O desenvolvimento das vacinas, então, passou a se concentrar no isolamento e purificação de polissacárides de alto peso molecular dos sorogrupos A, B e C

As vacinas contra meningococos dos sorogrupos A e C são constituídas por polissacarídeos capsulares dos meningococos pertencentes aos respectivos sorogrupos. A idade de aplicação preconizada é a partir de dois anos, no entanto a vacina monovalente contra meningococo do sorogrupo A, deve ser aplicada a partir de três meses de idade. A vacina polissacarídica contra o meningococo A/C será utilizada em situações específicas, como por exemplo em ações de controle de surto

Sendo a vacina uma das principais formas de prevenção contra a doença, o Ministério da Saúde incluiu a vacina conjugada contra o meningococo C no calendário de vacinação para as crianças menores de 2 anos de idade. O esquema preconizado foi o a administração de duas doses aos 3 e 5 meses de idade, com intervalo entre as doses de 60 dias, e mínimo de 30 dias. O reforço é recomendado preferencialmente entre 12 e 15 meses de idade.

O primeiro país a incluir a vacina conjugada contra o meningococo C no calendário básico foi o Reino Unido em 1999. Foram vacinados em menos de um ano cerca de 15 milhões de crianças e jovens até 17 anos de idade. A eficácia em adolescentes foi de 97%, 92% em pré-escolares que receberam apenas uma dose da vacina e 91% em lactentes vacinados com três doses (2, 3 e 4 meses de idade).

A vacina contra meningococo do sorogrupo B é composta por proteínas da membrana externa do meningococo B da cepa B4:P1.15 e de polissacarídeo capsular do meningococo C, em sua forma de vacina bivalente B/C. Não é utilizada na rotina dos serviços de saúde pública, ficando seu uso condicionado a instruções do Programa Nacional de Imunizações, em situações epidemiológicas especiais.

Considerações finais

A doença meningocócica é um grave problema de saúde pública devido às suas elevadas taxas de mortalidade e morbidade no Brasil e no mundo. A importância das vacinas conjugadas na prevenção da referida doença, que é mais frequente em lactentes e pacientes jovens, demonstra a relevância do estudo bibliográfico.

Referências

Morales SAFÁDI, Marco Aurélio Palazzi. **Análise crítica das recomendações do uso das vacinas meningocócicas conjugadas.** Porto Alegre: Jornal de Pediatria, 2012.

SAFÁDI, Marco Aurélio Palazzi,. **Vacinas meningocócicas conjugadas: eficácia e novas combinações.** Jornal de Pediatria, 2006, Vol. 82, n3.

Material disponível em

http://www.saude.rs.gov.br/upload/1331929190_1295967296524CALENDARIOS_BASICOS_DE_VACINACAO.pdf. Acessado às 12h, de 27 agosto de 2014.

Material disponível em

http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/imuni/pdf/IF10_VAC_CONJUGADA_MENIGOC.pdf. .
Acessado às 11h, de 27 agosto de 2014.

Material disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/manu_normas_vac.pdf. .
Acessado às 13h, de 27 agosto de 2014.

24-FABRICAÇÃO DE SABÃO COM USO DE RESTOS DE ÓLEO ALIMENTÍCIO

Pedro Victor Menezes Alves⁵
Vinicius Pedro Lira de Andrade¹
Waleria Bastos de A. G. Nogueira²
Kelly Samara de Lira Mota⁶

Resumo

O uso de óleo na fabricação de sabão advém do pensamento na reutilização deste, evitando que seja jogado na natureza de forma inadequada, contendo, no mais, poluição de águas potáveis, natureza e rede de esgotamento. A fabricação de sabão ainda serve para ser usado por muito tempo na limpeza de casa, pratos e outros serviços e evitando o desprezo desnecessário de produto tão nobre e caro, o óleo de cozinha, podendo ser este de origem vegetal ou animal. Assim, para fabricação do produto desejado utilizamos de soda caustica, água, óleo e essência, onde cada passo deve ser seguido rigorosamente para efetivação do produto final, o sabão ecológico.

Palavras-chave: óleo de cozinha; sabão; Conhecimento.

Introdução

As famílias, restaurantes e comércios de alimentação ainda despejam muito óleo em local indevido, desconhecendo o seu reaproveitamento e os prejuízos que esse resto de óleo pode proporcionar. O óleo de cozinha que é jogado fora pode entupir encanamento sendo caro o processo de reparo. O óleo, também, pode atingir rios, plantações e nisso trazer uma série de consequências. Para evitar que alguns danos relacionados a isso ocorram, privada e ambientalmente, a solução seria o reaproveitamento desse óleo e iremos destacar a produção de sabão.

Método

Estudo do tipo qualitativo acerca do tratamento dado aos restos de óleo de cozinha utilizado na fabricação de sabão ecológico, com pesquisas realizadas em artigos, livros e vivencia pessoal dos alunos do Projeto de Extensão Sentinelas do meio ambiente: resgatando os princípios de saúde, ambiente e cidadania.

Resultados

Os resultados obtidos foram extremamente empolgantes e significativos, onde ao pegar os restos de óleo de cozinha, usados na fabricação de alimentos, reservados em lugar específico, utilizamos de forma racional e ecológica para fabricação de sabão natural e que pode ser utilizado em diversos serviços domésticos e de limpeza. Foram utilizados uma certa quantidade de água, cerca de cinco litros, onde despejamos na mesma uma quantidade de soda caustica para solução ficar totalmente dissolvida, em seguida foi acrescentado o óleo de cozinha usado junto com a essência que pode ser qualquer uma, a depender do gosto da pessoa que está fazendo, mexe até adquirir uma consistência pastosa e bem diluída e coloca em vasilhas de formato qualquer porem de espessura razoável de uns cinco centímetros, onde propiciara ao resultado final uma secagem

⁵Discentes do Projeto de Extensão Sentinelas do meio ambiente: resgatando os princípios de saúde, ambiente e cidadania.

⁶ Coordenadora do Projeto de Extensão Sentinelas do meio ambiente: resgatando os princípios de saúde, ambiente e cidadania.

uniforme e de qualidade, dando ao produto final total aparência com os que são vendidos em supermercados ou em qualquer outro lugar, além de exercer de forma muito boa sua finalidade de limpeza.

Discussão

Muito se tem falado a respeito do modo de vida do ser humano, bem como seu desperdício de materiais na natureza e estragos feitos em excesso, onde produtos que são usados poderiam ser reutilizados de maneira que ficaria perfeita sua função normal, é exemplo disso o papel, papelão, vidros, alumínio, ferros e agora o óleo na fabricação de sabão ecológico. É de suma importância esse projeto que desenvolvemos, onde vimos de perto e na prática o resultado de empenho despendido em pro de uma causa considerada nobre, a manutenção e conservação do meio ambiente. O sabão ficou muito bem elaborado e manteve de forma agradável sua função primária de desengordurante. Assim, verificamos que um produto que passou anos sendo jogado fora em esgotos, pias, rios, pode ser agora reaproveitado para que além de não contaminar mais a natureza, ainda sirva de ajuda para conservação desta.

Considerações finais

Uma alimentação cuidadosa é o caminho correto para uma vida saudável. Então é necessário que os alimentos sejam escolhidos, armazenados e consumidos de uma maneira correta. Com o óleo usado na cozinha não é diferente, este deve ser armazenado de forma correta e em lugar adequado, haja vista que é um produto que tem um elevado potencial de contaminação da água e meio ambiente.

Concluimos a priori a grande importância da reutilização do óleo, onde na fabricação de sabão este é um fator importantíssimo, servindo de matéria prima para tal fim. O sabão resultado de tal empreendimento funciona muito bem para o fim almejado, assim verificou-se que os produtos de restos de óleos de padarias, restaurantes e outros lugares alimentícios servem como base para a realização de um projeto e matéria tão útil, renovando o já utilizado para preservação e diminuição da poluição no meio ambiente.

25-SALMONELOSE E GIARDÍASE: ALGUNS ASPECTOS EM COMUM.¹

Clelia de Alencar Xavier Mota²
Ana Karina de Holanda Leite Maia³

Ana Luiza de Farias Alves⁴

Daniela Jales Dantas Diniz⁴

Hítala Desire Lopes da Rocha⁴

Hilda Mariana Fernandes Rocha Oliveira⁵

Resumo

Salmonelose e giardíase são doenças recorrentes de países subdesenvolvidos tropicais, em que as condições de saneamento básico são precárias. São patologias que tem em comum diversas formas de contágio, sintomatologia e formas de prevenção. O objetivo da pesquisa é evidenciar os aspectos profiláticos, de contágio e sintomatológicos comuns às duas doenças. Para tanto, realizou-se uma revisão bibliográfica a partir da análise de artigos científicos obtidos nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO). Essas doenças podem ser evitadas com medidas profiláticas simples, como lavagem de mãos e alimentos, saneamento básico e tratamento de água, uma vez que a transmissão dar-se da mesma forma. Cólicas abdominais, diarreias, náuseas e vômitos são alguns sintomas comuns as duas patologias evidenciadas. É necessário que sejam feitas mais campanhas educativas sobre o assunto e que os doentes sejam rapidamente tratados, afim de se evitar novos contágios, assim os índices dessas doenças cairiam drasticamente.

Palavras-chave: Salmonelas, giardíase, patologias.

Introdução

A frequência de infecções intestinais nos países em desenvolvimento, principalmente de clima tropical, é bastante elevada, sofrendo variações quanto a região de cada país e quanto às condições de saneamento básico, ao nível sócio- econômico, o grau de escolaridade, a idade e os hábitos de higiene dos indivíduos que nela habitam, entre outras variáveis.

As bactérias do gênero *Salmonella* se destacam dentro do quadro nosológico mundial, como um dos principais agentes etiológicos desencadeantes das diarreias em diferentes hospedeiros, graças à acentuada capacidade de colonização no trato entérico dessas fontes de infecção. De um modo geral, atingem indiscriminadamente os diferentes grupos etários, tendo, no entanto, uma maior predileção, bem como, uma repercussão mais drástica na sintomatologia, quando contaminam e se multiplicam nos indivíduos jovens e em especial, naqueles organismos mais debilitados por fatores outros concomitantes, tendo a salmonelose como uma comorbidade.

De maneira semelhante, a giardíase também é uma patologia que acomete um grande número de indivíduos em todo o mundo, especialmente as crianças, por conta de seus hábitos, muitas vezes, pouco higiênicos e pessoas vulneráveis. O habitat do protozoário *Giardia duodenalis* é o intestino do hospedeiro, assim como o das salmonelas.

Os sintomas das duas patologias envolvem desconforto abdominal, uma vez que os agentes causadores se instalam na região do intestino, náuseas, vômitos e diarreias, dependendo da gravidade das infecções as diarreias podem levar a um quadro de desnutrição e desidratação graves. Muitas crianças podem sofrer com falhas no crescimento em decorrência dessas doenças.

Revisão de literatura elaborado por discentes do Projeto de Extensão intitulado: “BUSCANDO SAÚDE: UM ENFOQUE LÚDICO NA EDUCAÇÃO E PREVENÇÃO DAS ENTEROPARASIToses E DOENÇAS BACTERIANAS - 2014”, das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE).

² Docente da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE/PB). Coordenadora do projeto.

³ Docente da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE/PB). Colaboradora do projeto.

⁴ Discentes da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE/PB).

⁵ Discentes da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE/PB). Relator

As formas de contágio, em sua maioria, são comuns às duas doenças. As condições de higiene são fatores determinantes na contaminação dos indivíduos. A transmissão normalmente ocorre após a ingestão de alimentos e água não tratados corretamente. Além disso, no caso da salmonelose os mais importantes veículos de transmissão são os produtos de laticínio e de origem animal.

As formas de prevenção constituem-se de medidas simples de higiene, como lavar as mãos, principalmente após o uso do banheiro e antes do manuseio de alimentos. O tratamento da água com cloração ou, em situações precárias, com fervura, também é de grande valia, não só para as patologias citadas, mas para muitas outras. Além disso, o saneamento básico da região também é importante na prevenção dessas patologias.

É necessário que medidas de cunho educacional sejam efetivadas, principalmente em regiões mais acometidas, uma vez que a população carente é a que mais sofre com este tipo de doença, muitas vezes, porque desconhecem as formas de contágio e acabam não se prevenindo.

Método

A revisão bibliográfica de artigos realizada adotou como critério inicial para seleção a consulta às bases de dados e SciELO (Scientific Electronic Library Online), por meio dos seus sistemas de busca. A opção por esses bancos de dados justifica-se por serem conhecidos e muito utilizados por acadêmicos e profissionais da área de saúde e pelo rigor na classificação de seus periódicos. A seleção buscou artigos na língua portuguesa. A busca aconteceu no período de junho de 2014. Essa análise criteriosa dos artigos foi realizada por meio da leitura de seus resumos.

Resultados e discussão

A giardíase e a salmonelose são doenças que afetam o trato gastrointestinal, causando como sintomas em comum diarreias e vômitos. O modo como é obtido o diagnóstico dessas patologias tem aspectos semelhantes e importantes.

Os aspectos que devem ser investigados e observados em ambos são os sintomas apresentados e relatados pelos pacientes, os hábitos e questões como nível socioeconômico e condições de moradia (presença de saneamento, local onde mora).

A salmonelose é causada por uma bactéria entérica que possui ampla disseminação. Um produto contaminado tem facilidade em difundir essa bactéria para alimentos, demonstrando de acordo com Peresi a necessidade de uma boa higiene na preparação dos alimentos e uma orientação para quem irá manipulá-los.

Os hábitos de higiene também são relevantes no diagnóstico da giardíase citado por Machado como um dos fatores relevantes assim como as condições socioeconômicas e a presença de água tratada, saneamento e esgoto. A falta desses fatores pode ocasionar ainda a reinfestação pelo mesmo parasita.

A giardíase pode se mostrar sintomática ou assintomática, estando relacionada ao quadro geral do hospedeiro como idade, estado imunológico e outros anteriormente citados.

“Geralmente, o aparecimento dos sintomas é mais comum em crianças e compreende duas fases, aguda e crônica. Na fase aguda dura de três a quatro dias e é caracterizada por náuseas, vômito, diarreia aquosa, dor abdominal epigástrica, meteorismo e anorexia. Na fase crônica, surge um quadro diarreico com quatro a cinco evacuações diárias, pastosas e de mal odor, anorexia, dores abdominais e importante perda de peso.”¹⁰

Já a salmonelose é sintomática, podendo variar de estado brando a grave. A maioria das pessoas com salmonelose se sente melhor dentro de quatro a sete dias sem tratamento, embora, em caso de diarreia grave, possa haver a necessidade de hospitalização para reidratação. Em casos

raros, as bactérias Salmonella podem ir do intestino para outros órgãos no corpo através da corrente sanguínea, o que pode levar à morte se não for aplicado tratamento adequado. Mas mesmo nos casos graves, o tratamento com antibióticos leva à recuperação total.

Considerações finais

Enormes diferenças são observadas quanto à frequência de enteroparasitoses nos diversos estratos socioeconômicos da população. Tais diferenças confirmam a inequívoca participação de ordem socioeconômica na estrutura epidemiológica das enteroparasitoses. Giardíase e salmonelose são doenças relacionadas ao meio social, a prevalência das contaminações, principalmente de crianças, acontece em classes sociais mais baixas, em que há uma falta de informação para a população. Água não potável nas residências, destino inadequado do lixo e o hábito de ingerir hortaliças sem ter sido higienizadas também estão presentes nessas classes. O tratamento é importante assim como a prevenção, como promoção da educação em saúde. Essas ações voltadas para manipuladores de alimentos, baseadas em novos hábitos de higiene pessoal. Além disso uso de utensílios limpos, uso de água tratada, existência de coleta de lixo e de saneamento básico. As formas de prevenção constituem-se de medidas simples de higiene, não só para as patologias citadas, mas para muitas outras. O tratamento é importante assim como a prevenção dessa patologia para que se mantenha o controle dessas parasitoses.

Referencias

1. Hofer Ernesto. **Considerações sobre a frequência de sorotipos de Salmonella na Cidade do Rio de Janeiro**. Mem. Inst. Oswaldo Cruz [periódico na Internet]. 1974 [c]; 72 (1-2): 63-72.. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0074-02761974000100008&lng=en.
2. Botero-Garcés Jorge H., García-Montoya Gisela M., Grisales-Patiño Dayvin, Aguirre-Acevedo Daniel C., Álvarez-Uribe Martha C.. **Giardia intestinalis and nutritional status in children participating in the complementary nutrition program**, Antioquia, Colombia, out 2006. Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo [serial on the Internet]. 2009 June [acesso em 13 jun 2014] ; 51(3): 155-162. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-46652009000300006&lng=en
3. Falcão Deise Pasetto, Suassuna Ivone R., Suassuna I. **salmonelose Humana e animais los Araraquara, S. Paulo: Prevalência de Shigella los Casos Humanos**. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. [Periódico na Internet]. 1975 outubro [acesso em: 14 junho 2014]; 9 (5): 235-242. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86821975000500003&lng=en.

26-DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM UMA PENITENCIÁRIA FEMININA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA⁷

Maxson Bruno Paiva Silva Santos⁸

Aline Sampaio de Souza⁹

Andreana de Melo Meira Bastos¹⁰

Mikaela Dantas Dias Madruga¹¹

Danielle Aurília Ferreira Macêdo Maximino¹²

Resumo

As DST e a AIDS, sem dúvida, representam uma séria ameaça à saúde da população privada de liberdade em nosso país, que o sistema público de saúde nem sempre consegue atingir. Pensando nesta problemática os discentes do projeto de extensão intitulado: “Promovendo saúde no presídio feminino – 2014” viram a necessidade de relatar as experiências vivenciadas por eles durante uma oficina sobre DST. As atividades do grupo são desenvolvidas semanalmente as quintas-feiras, nas dependências do Presídio Feminino Maria Júlia Maranhão e é composto por 2 docentes, 2 discentes da graduação de enfermagem, 2 egressos de enfermagem e 4 discentes da graduação de medicina. As oficinas são constituídas de 3 momentos: dinâmica, explanação da temática e distribuição de um lanche. A participação neste projeto de extensão proporcionou a todos os acadêmicas uma aproximação com a realidade das apenadas, podendo levar informação e educação adquiridos em âmbitos acadêmicos, com intuito de contribuir para uma melhor qualidade de saúde e consequentemente influenciando na nossa construção profissional.

Palavras-chave: Doenças Sexualmente Transmissíveis. Prisioneiros. Educação em Saúde.

Introdução

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) estão entre os problemas de saúde públicas mais comuns em todo mundo. Estimativas apontam para a ocorrência de mais de 10 milhões de novas infecções de transmissão sexual que podem evoluir para doenças sintomáticas, como uretrites, cervicites, úlceras e verrugas genitais, ou permanecem assintomáticas. (BRASIL, 2002).

A literatura nacional e internacional chama a atenção para o alto risco de vulnerabilidade às doenças infecciosas entre a população carcerária. A privação de liberdade induz condições de

7

Relato de experiência de discentes do Projeto de Extensão intitulado: “PROMOVENDO SAÚDE NO PRESÍDIO FEMININO - 2014”, das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE).

8 Discente da graduação de medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE). João Pessoa/PB. Email: maxsonbruno@yahoo.com.br

9 Discente da graduação em enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE). João Pessoa/PB.

10 Discente da graduação em medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE). João Pessoa/PB.

⁵ Docente da graduação de enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE) e colaboradora do Projeto de Extensão intitulado: “PROMOVENDO SAÚDE NO PRESÍDIO FEMININO - 2014”, das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE).

⁶ Docente da graduação de enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE) e coordenadora do Projeto de Extensão intitulado: “PROMOVENDO SAÚDE NO PRESÍDIO FEMININO - 2014”, das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE). Orientadora.

11

12

limitação de espaço, de organização social e mental, que favorecem comportamentos de risco para múltiplas doenças transmitidas de pessoa a pessoa (COELHO et al, 2009).

Doenças como a tuberculose, pneumonia, síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), hepatite B, hepatite C e doenças sexualmente transmissíveis (DST) têm apresentado altas prevalências no ambiente prisional, que oferece condições de insegurança sanitária de difícil controle. O confinamento, onde há um enorme potencial educacional, carece de ações educativas e cuidados à saúde, fator que contribui para o aumento dos números (COELHO et al, 2009; STRAZZA, AZEVEDO, CARVALHO, 2006).

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo relatar as experiências vivenciadas pelas extensionistas de um projeto de extensão destinado às presidiárias em uma oficina sobre DST.

Método

Trata-se de um relato de experiência vivenciado pelos acadêmicos de enfermagem e medicina enquanto extensionistas do projeto intitulado “Promovendo Saúde no Presídio Feminino – 2014”, que acontece nas dependências do Centro de Reeducação Feminino Maria Júlia Maranhão. As atividades do grupo são desenvolvidas semanalmente às quintas-feiras na referida unidade prisional e é composto por 2 docentes, 7 discentes da graduação de enfermagem e 4 discentes da graduação de medicina, o projeto conta atualmente com um público estimado em 400 (quatrocentas) apenadas. As oficinas são constituídas de 3 momentos: a dinâmica para descontrair as participantes; a explanação do conteúdo previamente sugerido pelas próprias apenadas, momento também utilizado para sanar dúvidas que por ventura surjam, e a distribuição do lanche, momento de descontração para todos. As oficinas são planejadas com base na educação em saúde, e na execução são utilizados cartazes, banners, panfletos educativos, manequins, imagens, dentre outros recursos metodológicos.

Resultados e discussão

O projeto possibilita ao discente vasta experiência que cria em nós um prazer enorme em saber que está sendo gerada troca de vivência e de conhecimentos durante toda a extensão, há uma enorme ligação do saber técnico-científico com o dito popular, possibilitando um rico acréscimo à futura vida profissional.

O projeto de extensão universitária é capaz de alargar a visão do futuro dos discentes para a vida em diferentes situações, nos faz enxergar que dependendo do público há maneiras de se comportar e falar diante das diferentes situações que nos é posta, além de nos garantir autonomia com compromisso e responsabilidade. É a melhor oportunidade de colocar em prática o que foi estudado e assim construir e aprender com o conhecimento dos demais envolvidos.

Segundo Serrano (2010), pensar a vida acadêmica a partir de seus interesses básicos de formação profissional, geração de novas ciências e disseminação dessas informações, entende-se que é um processo intrincado face à natureza e variedade do trabalho acadêmico.

Considerações finais

O projeto de extensão tem proporcionado aos participantes o conhecimento da realidade da saúde nas penitenciárias, desvencilhando preconceitos.

Ficou evidenciado que, além da implementação de programas de prevenção às DST/AIDS, há urgências de programas especialmente voltados a outras necessidades das detentas, mulheres que vivem em regime de reclusão no sistema penal, mesmo sabendo que esses programas encontram fortes barreiras para sua execução.

É notória a falta de orientação em relação à prevenção das DST/AIDS e a precária

assistência à saúde das presas, relacionado principalmente ao preconceito e à discriminação da sociedade.

Dado a motivação e o bom relacionamento entre as partes, inclusive com a valorização da sua cidadania, as detentas gostaram desse tipo de trabalho, solicitando que fossem desenvolvidos outros, para adquirir novos conhecimentos.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis**. Brasília, DF: 2002

COELHO, H. C. et al . **Soroprevalência da infecção pelo vírus da Hepatite B em uma prisão brasileira**. Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v. 12, n. 2, Jun 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 ago 2014.

STRAZZA, L.; AZEVEDO, R. S.; CARVALHO, H. B. **Prevenção do HIV/AIDS em uma penitenciária-modelo feminina de São Paulo – SP, Brasil**. DST - J bras Doenças Sex Transm Niterói, v.18, n.4, 2006. Disponível em < <http://www.dst.uff.br//revista18-4-2006/CAP%203%20Prevencao%20do%20HIV%20aids%20em%20uma%20Penitenciaria%20Modelo%20Feminina%20de.pdf>> Acesso em 19 ago 2014.

27-REALIZAÇÃO DE PAPANICOLAU EM APENADAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA¹

Aline Karen Marques Abreu²

Danúbia Andrade do Nascimento Laurentino³

Ingrita Raissa Hilário de Almeida⁴

Mikaela Dantas Dias Madruga⁵

Danielle Aurília Ferreira Macêdo Maximino⁶

Resumo

A incidência e mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil encontram-se elevados, e uma das estratégias de controle dessa doença são as ações de promoção à saúde, prevenção de detecção precoce. Devido a essa problemática os discentes e docentes do projeto: “Promovendo Saúde no Presídio Feminino-2014” sentiram a necessidade de realizar uma roda de conversa, a fim de esclarecer e tirar dúvidas sobre o câncer de colo de útero e infecções sexualmente transmissíveis (IST), como também a importância do exame preventivo Papanicolau e a sua realização periódica. As atividades do grupo são realizadas semanalmente, nas quintas-feiras, no Centro de Reeducação Feminino Júlia Maranhão. A participação nesse projeto de extensão proporciona aos participantes uma maior visão da realidade das apenadas, havendo uma oportunidade ímpar de troca de conhecimentos.

Palavras-chave: Teste de Papanicolau. Prisioneiros. Educação em Saúde.

Introdução

O câncer de colo de útero se caracteriza pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, e podendo invadir estruturas e órgãos mais próximos ou distantes. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), esse tipo de câncer é o terceiro mais comum entre as mulheres, responsável por aproximadamente 274 mil óbitos por ano (BRASIL, 2013).

O Papiloma Vírus Humano (HPV) é a infecção Sexualmente Transmissível (IST) mais prevalente nos carcinomas cervicais uterinos com média de 99,7%. Existem cerca de 100 tipos de HPV, onde 40 tipos podem infectar o trato genital e 12 a 18 são considerados oncogênicos, entre esses de alto risco destacam-se os tipos 16 e 18, que estão presente em cerca de 70% dos casos de câncer de colo de útero (BRASIL, 2013).

A infecção por HPV é muito comum entre mulheres com atividade sexual, por meio de abrasões microscópicas na mucosa ou na pele da região anogenital. O método de prevenção durante o ato sexual é o uso de preservativo, e atualmente foram aprovadas a vacina bivalente aqui no Brasil para meninas que não iniciaram as práticas sexuais, na faixa etária de 10 a 12 anos.

A citologia (Papanicolaou) é um teste de rastreio que distingue lesões de baixo e alto grau do colo uterino, infecções de origem virótica, fúngica ou bacteriana (BRASIL, 2013).

¹Relato de Experiência de discentes do projeto de extensão intitulado: “PROMOVENDO SAÚDE NO PRESÍDIO FEMININO – 2014” das faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE).

²Discente da graduação em enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE). João Pessoa/PB. Email: almcfamilia@hotmail.com. Relatora do Trabalho.

³Egressa da graduação em enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. João Pessoa/PB.

⁴Egressa da graduação em enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. João Pessoa/PB.

⁵Docente da graduação de enfermagem e colaboradora do referido projeto de extensão da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. João Pessoa/PB.

⁶Docente da graduação de enfermagem e coordenadora do referido projeto de extensão da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. João Pessoa/PB. Orientadora.

Os achados dessas alterações durante a gestação e puerpério reflete a oportunidade do rastreio durante o pré-natal devendo seguir as recomendações de periodicidade, a faixa etária, forma de coletar o material e o tempo gestacional e puerperal (BRASIL, 2013).

Tendo em vista toda esta discussão o presente estudo tem como objetivo relatar as experiências vivenciadas pelas extensionistas de um projeto destinado às detentas em uma roda de conversa e coleta do exame Papanicolau.

Método

O relato de experiência vivenciado pelos acadêmicos e extensionistas de Enfermagem e Medicina do projeto intitulado “Promovendo Saúde no Presídio Feminino - 2014” que acontecem dentro das dependências do Centro de Reeducação Feminino Maria Julia Maranhão, levando às detentas atividades que são desenvolvidas semanalmente pelo grupo e realizadas todas as quintas-feiras. O grupo é composto por 02 Docentes, 02 egressas de Enfermagem, 02 discentes da graduação de enfermagem e quatro discentes da graduação de Medicina.

O projeto conta com um público-alvo de cerca de 400 (quatrocentas) detentas, onde todas as oficinas são separadas por grupos para um melhor entendimento. A coleta do material foi realizado a priori no grupo de Gestantes e Puérperas totalizando 9 (nove) apenas. Dividimos em três grupos e levamos até a sala da equipe Médica do Presídio. Utilizamos kits de citológico (lâminas, espátulas, escovinhas, luvas, fixadores), fichas para preenchimento dos dados pessoais, e encaminhamos os materiais coletados para o laboratório (LACEN), do Município de João Pessoa para análise, após recebimento dos resultados, os mesmos foram encaminhados para médicos voluntários para prescrição do tratamento e posterior aquisição dos mesmos para início da terapêutica.

Resultados e discussão

Ao total foram realizadas nove coletas de citológico, e encaminhados para análise ao Laboratório do Município de João Pessoa (LACEN), sendo detectados em três, problemas no cartão do SUS, totalizando seis coletas válidas.

Os resultados dos exames foram analisados pelo grupo e por um médico da equipe de saúde da família, sendo receitadas, onde esclarecimentos dos resultados e a forma de uso dos medicamentos foram disponibilizados em forma de consulta individual e roda de conversa dentro do próprio pavilhão, com ética e humanização.

As detentas se mostraram bastante satisfeitas, por termos diagnosticado com precisão e oferecer um tratamento correto para cada afecção.

As afecções mais comuns foram inflamação, Cândida albicans, Trichomonas vaginalis, Cocos, Bacilos, e uma alteração nas células do colo uterino.

A Cândida Albicans é uma proliferação de fungos no meio vaginal, podendo estar em equilíbrio com o mecanismo de defesa do hospedeiro ou em alteração por diversos fatores (estresse, uso de roupas quentes, excesso de umidade na região), causando o aparecimento de sintomas. As manifestações clínicas mais comuns são pruridos, geralmente intenso, acompanhado por corrimento esbranquiçado com aspecto de placa (LINHARES, 1999).

O tratamento terapêutico prescrito foi o uso de Fluconazol comprimido 150mg, administrado por via oral dose única. E o creme Nistatina utilizado por via vaginal, durante 10 noites ao deitar.

Trichomonas vaginalis é um parasita flagelado que causa infecção da região cervicovaginal, sendo uma IST. Pode acometer a uretra, glândulas de Skene e Bartholin causando um processo inflamatório intenso.

A tricomoníase manifesta-se principalmente por corrimento genital amarelado ou esverdeado, acompanhado de sensação de ardor, queimação, disúria, dispareunia. A sintomatologia piora no período pós-menstrual, com dor no baixo ventre (LINHARES, 1999).

A terapêutica prescrita nesse caso foi o uso de Metronidazol comprimido 400mg a cada 8 horas, durante sete dias, creme Metronidazol via vaginal durante 10 noites ao deitar.

Os cocos e bacilos são bactérias presentes na própria flora vaginal, onde não oferecem danos. Já a inflamação está associada às infecções presentes.

A alteração das células do colo uterino que foi encontrada em uma detenta. Pode está associado ao HPV, que é uma IST, causada por vírus (papiloma vírus humano) responsável pela maioria dos casos de câncer de colo uterino. Após o período de incubação que varia de meses a anos, as manifestações clínicas variam, desde lesões papulosas, verrugas de tamanhos variáveis, até pequenas lesões (LINHARES, 1999).

Frente a este caso, a conduta realizada foi encaminhar a detenta para realizar um exame mais específico, a colposcopia.

Considerações finais

Todos os procedimentos realizados neste projeto de extensão são de suma importância em nossa vida profissional e pessoal. Temos a oportunidade de colocar em prática o que aprendemos em sala de aula, com disciplina e ética. Proporcionar a essas mulheres momentos únicos de descontração, ensino e aprendizado, com trocas de experiências e de valores de vida.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde; Caderno de Atenção Básica, **controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília-DF: MS 2. Edição, 2013.

LINHARES, I. M; FONSECA, A. M; PINOTTI, A.J; **Doenças Sexualmente Transmissíveis na mulher**; Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

28-ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL EM APENADAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA¹³

Aline Sampaio de Souza²

Marina Feitosa Ramalho Galvão³

Sarah Mariz Queiroga Veras Pinto⁴

Danielle Aurília Ferreira Macêdo Maximino⁵

Mikaela Dantas Dias Madruga⁶

Resumo

O acompanhamento pré-natal representa uma tarefa indispensável no tocante à prevenção e/ou diagnóstico precoce de patologias, tanto maternas como fetais, resultando em um desenvolvimento saudável do feto e diminuindo riscos para a mãe. Nos presídios, esse atendimento não é satisfatório, visto que, as mães ficam reclusas em uma única cela com condições precárias e sem atendimento de saúde. Visando suprir essa necessidade, os discentes e docentes do projeto de extensão intitulado: “Promovendo saúde no presídio feminino – 2014” iniciaram uma assistência à saúde das gestantes, realizando palestras sobre a importância do acompanhamento da gravidez por um profissional de saúde, bem como, no período pós-natal para obtenção dos devidos cuidados ao recém-nascido e a conscientização sobre o aleitamento materno. Apesar da educação em saúde realizada para essa amostra de apenadas, ainda é insuficiente a assistência recebida por essas mulheres, sendo assim inadequada para uma gestação saudável.

Palavras-chave: Cuidado Pré-natal. Prisioneiros. Educação em Saúde.

Introdução

No Brasil, a atenção à mulher na gestação e parto permanece como um desafio para a assistência, tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto aos princípios filosóficos do cuidado, ainda centrado em um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático (DAVID-FLOYD R, 2001).

É função do SUS, através do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, oferecer assistência médica no período da gestação. De acordo com as diretrizes: “Prestar assistência integral e resolutive, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde da população penitenciária.” e “Provocar o reconhecimento da saúde como um direito da cidadania” (BRASIL, 2004).

Tendo em vista a necessidade de oferecer um acompanhamento gestacional para as detentas, o objetivo do trabalho foi verificar a eficácia da assistência à saúde de mulheres grávidas no Presídio Feminino Júlia Maranhão.

Método

Trata-se de um relato de experiência vivenciado pelos discentes e docentes de enfermagem e de medicina enquanto extensionistas do projeto intitulado “Promovendo saúde no presídio feminino – 2014”, que acontece nas quintas-feiras nas dependências do Presídio Feminino Maria Júlia

¹³Relato de experiência de discentes e docentes do Projeto de Extensão intitulado: “PROMOVENDO SAÚDE NO PRESÍDIO FEMININO - 2014”, das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE).

² Discente de enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE). Relatora do trabalho: sampaio.aline@ymail.com

³ Discente de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE). João Pessoa/PB.

⁴ Discente de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE). João Pessoa/PB.

⁵ Docente de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE). João Pessoa/PB.

⁶ Docente de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE). João Pessoa/PB. Orientadora.

Maranhão. Para a execução desse trabalho foi escolhida a ala onde se encontram as gestantes e puérperas, onde foram realizadas palestras e rodas de conversas visando a educar em saúde, enfatizando todos os cuidados e riscos desse período. O projeto conta uma equipe compostas por 2 docentes, 2 discentes da graduação de enfermagem e 4 discentes da graduação de medicina e 2 egressas do curso de graduação em enfermagem. A penitenciária conta atualmente com um público estimado de 400 (quatrocentas) apenadas, havendo apenas 12 gestantes.

Resultados e discussão

De acordo com Serrano (2010), pensar a universidade a partir de seus objetivos básicos de formação profissional, geração de novos conhecimentos e disseminação desses conhecimentos, pode-se dizer que é um processo complexo face à natureza e diversidade do trabalho acadêmico.

A extensão universitária é capaz de abrir os horizontes dos discentes para a vida, ensina a se comportar diante das diferentes situações e públicos, além de proporcionar autonomia com compromisso e responsabilidade. É o momento de colocar em prática o aprendizado construído e aprender com o conhecimento dos outros.

A oficina foi desenvolvida com as gestantes e puérperas, tendo em vista a importância do acesso ao serviço do pré-natal, já que, com a implantação do pré-natal, como Rocha (2008) afirma, passou-se a entender que a gestante deve ser vista como um ser integral, que traz consigo experiências anteriores e que, ao procurar o serviço de saúde, espera ser ouvida, ajudada e ter suas dúvidas esclarecidas, de forma singular e individualizada, fazendo com que haja uma melhoria no atendimento e que essa tenha interesse no retorno a consulta.

Segundo Rios (2007), o pré-natal é um momento adequado para que a mulher prepare-se para viver o parto de forma positiva, integradora, enriquecedora e feliz. Neste contexto, o processo educativo é fundamental não só para a aquisição de conhecimentos sobre o processo de gestar e parir, mas também para o fortalecimento da mulher como um ser e cidadã.

Os questionamentos respondidos e o desenvolvimento da atividade em si demonstraram falhas do Sistema Único de Saúde (SUS) em relação à assistência das reclusas, embora seja responsabilidade do sistema, não há disponibilidade de um atendimento contínuo que monitore o panorama da evolução de cada mulher, nem oferta de medicamentos, tão pouca assistência adequada nos pontos relacionados ao acompanhamento médico, de enfermagem e a orientações que, de forma simples, possam prover direção e esclarecimentos às detentas.

Considerações finais

A participação neste projeto de extensão proporcionou a todas as acadêmicas uma aproximação com a realidade das apenadas, estabelecendo vínculos estreitos, através do contato semanal com o sistema prisional, da desconstrução de mitos, desvendamento de preconceitos, além de torná-las mais sensíveis às necessidades dos seres humanos, principalmente quando estes vivem privados de liberdade. A gratidão é um sentimento que também emana das extensionistas pela oportunidade de poder levar até eles o conhecimento adquirido na academia e a certeza de que ao término, sairão carregadas de saberes de grande importância para a construção profissional.

A assistência à mulher na gestação só deveria ser considerada como concluída após a consulta puerperal, portanto o acompanhamento deve passar todas as fases da gravidez e se estender ao período pós-natal. O seguimento clínico após a gestação é imperativo por diferentes razões, como o estabelecimento de condutas para garantir o adequado intervalo interpartal, que protege a mulher e melhora os resultados perinatais, com a orientação para a introdução de método contraceptivo, assim como avaliação que permita detectar importantes alterações como a anemia e os estados depressivos.

É mister que o Sistema Prisional ofereça condições adequadas para todas as mulheres em período gestacional, bem como cuidados adequados para o recém-nascido, a fim de que todos, como cidadãos, tenham acesso a saúde como consta nas diretrizes do SUS.

Referências

Davis-Floyd, R. **A tecnocracia humanista e paradigmas holísticos da gestação.** Int J Ginecológico e Obstétrico 2001; 48 p.33-52.

REUTERS, S. **Atendimento médico nos presídios.** Globo News, 2001.
Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.** 2004.

ROCHA, B. de S.; ANDRADE, M.; **A promoção da saúde na assistência pré-natal realizada pelos enfermeiros no programa de saúde da família.** Informe-se em promoção da saúde, v4, n.2. p.28-30, 2008.

RIOS, Claudia Teresa Frias; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. **Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 12, n. 2, Apr. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200024&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Aug. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200024>.

29-AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS PARTICIPANTES DO GRUPO DE CONVIVÊNCIA¹

Ana Luiza Batista Durand²
Aurilana Rodrigues Da Silva
Silvana Gonçalves De Arruda Lima
Kay Francis Leal Vieira³
Adriana Lira Rufino De Lucena⁴

Resumo

O envelhecimento populacional é um dos grandes desafios a serem enfrentados nas próximas décadas. Com o avançar da idade as perdas funcionais tornam-se evidentes e o idoso deixa de realizar atividades básicas da vida diária, atenuando o desenvolvimento da sua capacidade funcional. **Objetivo:** Analisar a capacidade funcional de idosos participantes de um grupo de convivência. **Método:** Estudo descritivo, com abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 41 idosos participantes de um grupo de convivência, Utilizou-se com instrumento de coleta de dados a escala de Katz e Apkom, para avaliar o desempenho dos idosos na realização das atividades básica de vida diária. **Resultado:** Os resultados obtidos demonstram a diferença estatística na capacidade funcional do idoso, em realizar suas atividades diárias. **Conclusão:** Observamos que o grau de dependência é mínimo na realização das suas atividades diárias.

Palavras-chave: Envelhecimento. Idosos. Capacidade Funcional.

Introdução

O envelhecimento populacional é um dos grandes desafios a serem enfrentados nas próximas décadas. A sociedade terá grandes desafios para encontrar melhores formas de envelhecer, pois as pessoas precisam ser estimuladas a tornarem-se mais ativas, para adquirir melhor qualidade de vida, e conseqüentemente, alcançar um envelhecimento bem sucedido.¹

Um organismo envelhecido, em condições normais, poderá sobreviver adequadamente, porém, quando submetido a situações de stress físico, emocional, etc., pode apresentar dificuldades em manter a sua homeostase e, desta forma, manifestar sobrecarga funcional, a qual pode culminar em processos patológicos, uma vez que há o comprometimento dos sistemas endócrino, nervoso e imunológico.²

A capacidade funcional surge, como um novo paradigma de saúde, particularmente um valor ideal para que o idoso possa viver independente, sendo esta a capacidade do indivíduo realizar suas atividades físicas e mentais necessárias para manutenção de suas atividades básicas e instrumentais, ou seja: tomar banho, vestir-se, realizar higiene pessoal, transferir-se, alimentar-se, manter a continência, preparar refeições, controle financeiro, tomar remédios, arrumar a casa, fazer compras, usar transporte coletivo, usar telefone e caminhar uma certa distância^{3,4}.

A Reabilitação Gerontológica visa a preservação da função, adiamento da instalação de incapacidades, através de medidas preventivas tendo ainda como objetivo diminuir o comprometimento imposto por incapacidades, promovendo um modo de vida mais saudável, adaptando o indivíduo de forma a propiciar uma melhor qualidade de vida⁵.

¹ Projeto de Extensão Envelhecimento Saudável

²Graduanda em Bacharelado de Enfermagem, Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, (FACENE, João Pessoa, Paraíba), aninha_durand@hotmail.com

³Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba, docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, Coordenadora do Projeto Envelhecimento Bem Sucedido.

⁴Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós Graduação em Ciências da Educação pelo Centro Integrado de Tecnologia e Pesquisa, docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, Coordenadora do Projeto Envelhecimento Saudável.

O objetivo desse estudo foi analisar a capacidade funcional de idosos participantes de um grupo de convivência.

Método

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado no grupo de extensão universitária Envelhecimento Saudável vinculada a Facene/Famene no município de João Pessoa – PB. A população é composta por 100 idosos participantes do grupo de extensão universitária. A amostra foi constituída por 41 idosos no grupo de convivência. A coleta de dados foi realizada de maneira individual no mês de agosto de 2014. Utilizou-se uma entrevista objetiva relativa aos dados sociodemográficos e a Escala de Independência em Atividades da Vida Diária de Katz & Apkom. A escala oportuniza avaliar 6 atividades: banhar-se, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se, ter continência e alimentar-se. Cada item seguiu um escore de 0 a 3, representando o nível de dependência e independência do indivíduo da seguinte forma: 0) independência completa em todas as funções, 1) dependente de uma função, 2) dependente em duas funções, 3) completa dependência. Os dados foram agrupados e compilados em aplicativo computacional (Microsoft Excel).

A pesquisa foi realizada após aprovação do projeto pelo comitê de ética e pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, seguindo todos os aspectos éticos preconizado na Res. 466/2012 MS/CNS e a Norma Operacional Nº 001/2013 MS/CNS.

Resultados e discussão

Foram analisadas as respostas dos 41 idosos participantes da pesquisa das quais foram descritas em três aspectos que envolvem: Questões sócio-demográficas; Aspectos da capacidade física e Aspectos funcionais.

Em relação aos aspectos sócio-demográficos, a população estudada englobou 08 (19,52%) homens e 33 (80,48%) mulheres; cuja faixa etária dos idosos entrevistados são de 60 à 85 anos de idade, tendo com idade média estatisticamente 69,14 anos. O grau de escolaridade dessa população representa 11 (26,82%) analfabetos, 27 (65,85%) ensino fundamental incompleto, 02 (4,87%) ensino fundamental completo, 01 (2,46%) ensino médio completo. Cor ou etnia ficou representado da seguinte forma 25 (60,97%) são pardos, 07 (17,07%) são brancos, 07 (17,07%) são pretos e 02 (4,89%) são amarelos. O estado civil dessa população representa 7 (17,07%) são solteiros, 13 (31,70%) são casados, 13 (31,70%) são viúvos, 02 (4,87%) vivem em união estável, 1 (2,47%) é separado e 05 (12,19%) são divorciados. Sobre os fatores que leva o idoso a diminuição da capacidade física, foi possível analisar que 16 (39,03%) apresentam edemas e 25 (60,97%) não possuem; 07 (17,07%) apresentam fraturas e 34 (82,93%) não possuem. Observou-se que os idosos possuem baixo grau de escolaridade, sendo perceptível a dificuldade de compreensão aos questionamentos. Acredita-se que, isto ocorria em decorrência de necessidades para trabalhar durante a infância.

Com relação a Escala de Katz, pôde-se analisar que 34 (82,92%) são independentes em todas as seis funções (banhar-se, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se, ter continência e alimentar-se), 6 (14,63%) são independente em cinco funções e dependente em uma função, 1 (2,45%) é independente em quatro funções e dependente em duas. A avaliação da atividade “banhar-se” era realizada em relação ao uso do chuveiro, e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações; para avaliar a função “vestir-se” considerava-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito; a função “ir ao banheiro” compreendia o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas; a função “transferência” era avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa.; “continência” referia-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar; a função “alimentação” relacionava-se ao ato de dirigir a comida do prato à boca.

A capacidade funcional é um dos grandes componentes da saúde do idoso e vem emergindo como um componente-chave para a avaliação da saúde dessa população. Ela geralmente é dimensionada em termos de habilidade e independência para realizar determinadas atividades (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2002).

Considerações finais

Mediante análise dos dados, verificou-se que a maioria dos idosos do estudo apresentou-se independente na realização das suas atividades diárias, embora um idoso tenha apresentado o nível de dependência maior. Infere-se que o alto índice de idosos independentes esteja relacionado com a participação destes no Projeto, haja vista que a participação de pessoas idosas em grupos de convivência representa um fator incentivador para o desenvolvimento da autonomia do idoso.

Referências

1. GUEDES, J. M. Análise da capacidade funcional da população geriátrica institucionalizada na cidade de Passo Fundo – RS. **Rev. Brasileira de ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, p. 10-21, jul./dez., 2004.
2. CANCELA, D. M. G. **O processo de envelhecimento**. Portal dos Psicólogos. Universidade Lusíada do Porto, Portugal, 2007.
3. RAMOS, L. R. **Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. 2 0 0 3** . Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo>. Acesso em: 23 de agosto de 2014.
4. SOUZA, J. A. G. IGLESIAS A. C. R. G. Trauma no Idoso. **Rev Associação Médica Brasileira** 2002; 79-86.
5. CHIOVATTO, J. Reabilitação em Geriatria. In: PAPALÉO NETTO, M. **A velhice e envelhecimento em visão globalizada** . São Paulo: Atheneu, cap.29, 324-330p., 2002.
6. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. **Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003** . <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 23 de agosto de 2014.

30-SATISFAÇÃO DE IDOSOS EM RELAÇÃO À QUALIDADE DE VIDA¹⁴

Jamillys Cruz Do Amaral¹⁵
Emilene Elisa Dias Cavalcanti¹⁶
Adriana Lira Rufino de Lucena⁴
Kay Francis Leal Vieira⁵

Resumo

Esse estudo objetivou avaliar a satisfação em relação à qualidade de vida (QV) dos idosos participantes do Projeto de Extensão Envelhecimento saudável da FACENE/FAMENE- JP. Trata-se de uma pesquisa descritiva, quantitativa. A amostra foi composta por 50 idosos, o instrumento de coleta de dados utilizado foi a escala de qualidade de vida proposta por Flanagan. A mesma tem escores entre um e sete e baseia-se em cinco dimensões: Bem estar físico e material; Relação com as outras pessoas; Atividades sociais, comunitárias e cívicas; Desenvolvimento pessoal e realização; Recreação, participantes assíduos de reuniões semanais do Projeto. Os resultados demonstram que 82% era do sexo feminino; 40% casadas; 72% com ensino fundamental e 66% católicos. A dimensão que apontou maior escore em relação a QV foi recreação 6,25 e o mais baixo Atividades sociais, comunitárias e cívicas com 4,17. A recreação oportuniza a criação de vínculo, amizades, relacionamento interpessoal, fatores que influenciam na qualidade de vida do indivíduo.

Palavras-chave: Envelhecimento. Idoso. Qualidade de vida.

Introdução

Com o crescente aumento da expectativa de vida no mundo e em países em desenvolvimento como o Brasil, criou-se uma intensa demanda por estudos e análises para uma otimização de políticas públicas e melhorias na qualidade de vida do idoso (CORRENTE; MACHADO, 2010).

A velhice é um processo contínuo que envolve mudanças bioquímicas, funcionais, morfológicas e psicológicas e, quando essas mudanças se acentuam podem causar maior vulnerabilidade, acarretando severos problemas patológicos. Fatores como saúde moradia, educação, lazer, transporte, autonomia, trabalho, autoestima desenvolvida implica em um bem-estar indissociável dessas condições (CARVALHO FILHO, PAPALÉO NETO, 2006).

Para que o envelhecimento seja aliado à uma boa qualidade de vida, deve-se dar oportunidade a participação contínua na sociedade ao longo da vida, como também, atenção às suas necessidades, desejos, capacidades, favorecimento de proteção e cuidados indispensáveis, afinal, idoso saudável é aquele que tem capacidade de gerir sua vida e escolher suas atividades de lazer,

14SATISFAÇÃO DE IDOSOS EM RELAÇÃO À QUALIDADE DE VIDA (projeto de extensão) Envelhecimento Saudável.

15 Acadêmica de Enfermagem, Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE, João Pessoa, Paraíba), Email: jamillys.cruz@gmail.com.

16 Acadêmica de Enfermagem, Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE, João Pessoa, Paraíba)

4 Enfermeira, mestranda do Programa de pós graduação em Ciências da Educava. Centro integrado de tecnologia e Pesquisa (CINTEP-JP-PB), Docente e Coordenadora do Projeto Envelhecimento Saudável (FACENE/FAMENE-JP-PB)

5 Psicóloga, Mestre e Doutora, Faculdade Federal da Paraíba (UFPB-JP-PB), Docente e coordenadora do Projeto Envelhecimento Bem Sucedido (FACENE).

trabalho e convívio social (SILVA et al., 2012). Sendo assim, o estudo tem como objetivo: Analisar a percepção dos idosos acerca da sua qualidade de vida.

Método

Pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa, realizada nas Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE), especificamente no Projeto de Extensão Envelhecimento Saudável, localizada no município de João Pessoa-PB, no período de Maio de 2014. A população desta pesquisa foi constituída de 97 idosos e a amostra foi composta por 50 idosos.

Para obtenção dos dados foi utilizada a escala de qualidade de vida (EQV) proposta por Flanagan (1982). Trata-se de uma escala psicométrica de natureza ordinal em cuja aplicação obtém-se respostas em quinze itens agrupados em cinco dimensões: bem estar físico e material; relações com outras pessoas; atividades sociais, comunitárias e cívicas; desenvolvimento pessoal e realização; e, recreação. A EQV de Flanagan possui pontuação adotada por Burckhardt et al (1989) cujas respostas são de muitíssimo satisfeito com valor sete até muitíssimo insatisfeito com valor um. Assim, a pontuação máxima que pode ser obtida é de cento e cinco, representando escore total de mais alta qualidade de vida, e a pontuação mínima de quinze, representando escore total de mais baixa qualidade de vida. Os dados foram coletados em maio de 2014 sob CAEE 30768214.1.0000.5179 e protocolo 68^a / 2014.

Para análise dos resultados, foi usado o método quantitativo. Os dados referentes ao instrumento de mensuração de qualidade de vida foram organizados e analisados em um grupo de dados eletrônicos, no Software Statistica Packare for the Social Sciencs (SPSS), versão 17.0 for Windows. A pesquisa foi realizada levando em consideração os aspectos éticos preconizados pela Resolução CNS 466/12, no art. II, dos aspectos éticos, que trata do envolvimento com seres humanos em pesquisa (BRASIL, 2012), como também a Resolução nº COFEN 311/2007, que trata do código de ética dos profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007).

Resultados e discussão

Dos cinquenta 50 idosos entrevistados, 82% era do sexo feminino; 40% casados; 72% com ensino fundamental e 66% católicos. Ao aplicar a escala de QV proposta Flanagan obteve-se os seguintes dados: Bem estar físico e Material 5,34; Relação com as outras pessoas 5,77; Atividades sociais, comunitárias e cívicas 4,17; Desenvolvimento pessoal e realização 4,31; Recreação 6,25. Os resultados demonstram que a dimensão recreação apresentou maior pontuação em seu escore total já o item atividades sociais, comunitárias e cívicas apresentou a pontuação mais baixa.

A recreação trata-se da atividade que envolve jogos, danças, passeios, momentos ou circunstâncias que o indivíduo escolhe realizar, através da qual satisfaz suas vontades, anseios relacionados ao lazer, influenciando no seu bem estar (FRIAS et al, 2011). O resultado expressado nessa dimensão da escala deve-se a participação dos idosos no Projeto de Extensão Envelhecimento Saudável, que favorecem além de atividades educativas, as recreativas e de lazer. Os menores escores concentraram-se na dimensão Atividades sociais, comunitárias e cívicas, o que demonstra que, embora eles tenham oportunidades de lazer no projeto, os mesmos não estão satisfeitos com sua interação social dentro da comunidade em que vivem.

As atividades sociais podem ser definidas como todas as atividades que os idosos possam participar ativamente, tais como as físicas, lazer, religião, serviços voluntários, sendo de fundamental importância para contribuir na melhoria do conjunto das funções dos idosos (BAPTISTA, MORAIS, RODRIGUES, SILVA, 2006).

Considerações finais

Diante do inegável aumento da longevidade populacional, surge a necessidade de se

proporcionar aos idosos não apenas uma sobrevida maior, mas também com melhor qualidade. Neste sentido, a mensuração da qualidade de vida na velhice mostra-se de extrema relevância, possibilitando ao profissional atuante no contexto da gerontologia, uma maior compreensão acerca do construto e dos fatores que o compõem. Os resultados obtidos oportunizaram o reconhecimento da importância das práticas recreativas realizadas no Projeto de Extensão, que favorecem a integração dos participantes, refletindo no bem-estar físico e emocional, fatores que contribuem para melhor qualidade de vida.

Referências

1. CORRENTE, J. E; MACHADO, A.B.C. **Avaliação da qualidade de vida da população idosa numa estância turística do interior do estado de São Paulo: aplicação da escala de Flanagan.** Rev. APS;13(2), abr.-jun. 2010.
2. CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz de; PAPALÉO NETTO, Matheus. **Geriatria; fundamentos, clínica e terapêutica.** 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2006.
3. FLANAGAN, J.C. Measurement of quality of life: current state of the art. **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, v. 63, p. 56-59, Feb.1982.
4. BURCKHARDT, C.S. et al. Quality of life of adults with chronic illness: a psychometric study. **Rev. Nurs. & Health.**, v. 12, p. 347-354, 1989.
5. BRASIL. **RESOLUÇÃO Nº466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.** Projetos de pesquisa envolvendo seres humanos deverão atender a esta Resolução. [acesso em: 21 Agosto. 2014] Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
6. COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** Resolução 311 em 12 de maio de 2007.
7. Frias MAE, Paranhos WY, Fera P, Souza SV, Pintan LF. **A contribuição da recreação para a qualidade de vida do idoso.** São Paulo: Science in Health. 2011 set-dez; 2(3): 155- 62. [acesso em: 20Agosto.2014] Disponível em: http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/new/revista_scienceinhealth/06_set_dez_2011/science_03_155_162.pdf
8. FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
9. BAPTISTA, Makilim Nunes; MORAIS, Paulo Rogério; RODRIGUES, Tatiana de e SILVA, Janice Ap. da Costa. Correlação entre sintomatologia depressiva e prática de atividades sociais em idosos. *Aval. psicol.* [online]. 2006, vol.5, n.1, pp. 77-85. ISSN 2175-3431. [acesso em: 20Agosto.2014] Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S167704712006000100009&script=sci_arttext

31-PREVALÊNCIA DA OBESIDADE EM IDOSOS²

Clarissa Leite de Menezes Ferraz Gomes³

Ryanne Pinheiro Monteiro⁴

Luis Renato Cardoso Custel Silva⁵

Kay Francis Leal Vieira⁶

Adriana Lira Rufino De Lucena⁷

Resumo

O envelhecimento esta associado ao aumento da massa gordurosa e à mudanças no seu padrão de distribuição. Os pontos de corte de IMC atualmente utilizados para idosos são: baixo peso (IMC <22kg/m²), eutrofia (IMC entre 22 a 27kg/m²), sobrepeso (IMC >27kg/m²) e obesidade (IMC >30kg/m²). O presente estudo teve como objetivo identificar a prevalência da obesidade global através do IMC em idosos. Trata-se de estudo descritivo, com abordagem quantitativa. A amostra foi constituída por 61 idosos. A coleta dos dados foi realizada através da aplicação de questionário e os resultados foram analisados à luz da literatura pertinente. O grau de obesidade no sexo masculino determinou que 14,3% estão obesos; 28,6% com sobrepeso e 57,1% eutróficos. Nas mulheres, 38,9% apresentam-se com obesidade; 24% sobrepeso; 29,6% eutróficas e 7,4% com baixo peso. Verificou-se um significativo número de idosos classificados como obesos, fato preocupante, haja vista que a obesidade é considerada um fator predisponente para uma série de doenças cardiovasculares.

Palavras-chave: obesidade. Idoso. Índice de Massa Corpórea.

Introdução

A obesidade caracteriza-se como a acumulação excessiva de gordura corporal, procedida de um desequilíbrio crônico entre a energia ingerida e a energia gasta. Este descontrole pode advir de diversos fatores relacionados com o estilo de vida (dieta e exercício físico), alterações neuroendócrinas, ambiente, fatores sociais, econômicos, metabólicos e psiquiátricos (ANDRADE et al, 2012).

O estado nutricional é definido como a condição de saúde de um indivíduo, influenciada pelo consumo, utilização e necessidade de nutrientes. Uma nutrição adequada é fundamental para a promoção e manutenção do bem estar, especialmente na população idosa. É essencial investigar o estado nutricional para que o profissional de saúde possa atuar de maneira profilática contra a obesidade (SANTOS et al, 2013).

- 2 Trabalho vinculado ao projeto de Extensão Envelhecimento Saudável, da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança.
- 3 Discente do 10º período de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa, Paraíba), email: clarissa-ferraz@hotmail.com
- 4 Discente do 11º período de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa, Paraíba), email: ry_monteiro@hotmail.com
- 5 Discente do 11º período de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa, Paraíba), email: luisrenato-med@hotmail.com
- 6 Psicóloga, Mestre e Doutora em psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba, Docente da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE, João Pessoa, Paraíba), email: kayvieira@yahoo.com.br
- 7 Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós graduação em Ciências da Educação pelo Centro integrado de Tecnologia e Pesquisa, Docente da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE, João Pessoa, Paraíba), email: adriana.lira.rufino@hotmail.com

O envelhecimento determina diversas modificações na composição corporal, habitualmente sem mudanças concomitantes no peso corporal e no índice de massa corporal (IMC). Além da redução da água corporal, o envelhecimento provoca redução de 20 a 30% da massa muscular (sarcopenia) e massa óssea (osteopenia/osteoporose), causada pelas alterações neuroendócrinas (menos responsividade renal ao ADH, redução dos níveis basais de aldosterona, redução do hormônio de crescimento, hormônios sexuais, aumento do paratormônio, redução da função renal, vitamina D, etc.) e inatividade física (SANTOS et al, 2013).

O excesso de peso durante o envelhecimento pode exacerbar o declínio da capacidade física, comprometendo a capacidade funcional. Esse dano, é significativamente maior em anciãos obesos e com sobrepeso em relação aos eutróficos. Quando o comprometimento funcional e a redução das reservas fisiológicas são graves o bastante para determinar incapacidade, instala-se o processo fragilidade, que por sua vez associa-se a perda de autonomia, piora da qualidade de vida e aumento da mortalidade (SANTOS et al, 2013).

A antropometria no idoso é um importante indicador nutricional. O índice de massa corporal (IMC) é calculado com base na estatura e na massa corporal do indivíduo e é considerado um bom preditor da gordura corporal em adultos. Os pontos de corte do IMC segundo Lipschitz, (1994) atualmente usados para avaliação do estado nutricional de idosos são: baixo peso ($IMC < 22\text{kg/m}^2$), eutrofia (IMC entre 22 a 27kg/m^2) e sobrepeso ($IMC > 27\text{kg/m}^2$). É considerado obeso o indivíduo que apresenta IMC maior ou igual a 30kg/m^2 . O nível de definição de obesidade não se diferencia na população idosa.

Frente ao exposto, o presente estudo teve como objetivo identificar a prevalência da obesidade global através do IMC em idosos frequentadores do Projeto de Extensão Envelhecimento Saudável.

Método

Trata-se de estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado no Projeto de Extensão Envelhecimento Saudável, da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança, no município de João Pessoa, Paraíba.

A população foi constituída de 98 idosos e a amostra por 61 destes. Como critério de inclusão, o idoso devia participar do grupo de convivência no mínimo há um ano. A coleta dos dados foi realizada através da aplicação de um questionário durante os encontros, que se realizam todas as terças-feiras, no interior da instituição. Nesse momento foi avaliado o peso, estatura e calculado o IMC. O peso foi medido em quilogramas, a estatura medida em metros e o IMC calculado a partir desses dados ($IMC = \text{estatura}/\text{peso}^2$).

Os resultados obtidos através do instrumento de coleta de dados foram transcritos e analisados posteriormente à luz da literatura pertinente, por meio de abordagem quantitativa. Foram considerados os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e discussão

A amostra foi composta por 61 indivíduos, majoritariamente, por mulheres (88,5%). A distribuição entre as diversas faixas etárias revelou que 27,8% estavam entre 60 e 69 anos; 65,6% 70 e 79 anos e 6,6% com 80 anos ou mais.

O grau de obesidade no sexo masculino determinou que 14,3% estão obesos; 28,6% com sobrepeso e 57,1% eutróficos, não foi observado nenhum caso de baixo peso. Nas mulheres, 38,9% apresentam-se com obesidade; 24% sobrepeso; 29,6% eutróficas e 7,4% com baixo peso.

Estudos realizados com idosos em regiões do país registraram uma prevalência geral de 5,2% e 18,2% entre homens e mulheres respectivamente. Quando analisados apenas os idosos da região sul, a obesidade foi encontrada em 9,2% dos homens e em 23,3% das mulheres, percentuais que assemelham-se com o estudo (TADDEI et al., 1997).

Uma possível explicação para maior prevalência de obesidade nas mulheres pode ser o maior acúmulo de gordura visceral e maior expectativa de vida. Pois, durante o processo de envelhecimento, ocorre redistribuição progressiva da gordura com diminuição do panículo adiposo subcutâneo dos membros e acúmulo intra-abdominal. As mulheres acumulam mais gordura subcutânea que os homens e a perdem em idades mais tardias (TAVARES; ANJOS, 1999).

Na análise de acordo com a idade, foi observada uma maior prevalência de obesidade na faixa etária de 70 a 79 anos (39%), seguido da faixa etária entre 60 a 69 anos (29,4%) e 25% nos que tinham acima de 80 anos. Observou-se, então, que a prevalência de obesidade diminui após os 80 anos.

Os idosos de idade mais avançada apresentaram menor prevalência de obesidade, ao contrário do que ocorre em adultos. Essa mesma tendência foi observada, também, por outras pesquisas (SANTOS, 2005; TAVARES, 1999; BARRETO, 2003). O envelhecimento promove mudanças importantes na massa muscular e no padrão de distribuição de gordura corporal. O peso diminui com a idade após atingir um platô; nos homens, ao redor de 65 anos; nas mulheres, cerca de dez anos mais tarde (PERISSINOTO, 2002).

Considerações finais

Verificou-se um significativo número de idosos classificados como obesos, resultado preocupante, principalmente pela associação da obesidade com várias doenças crônicas não transmissíveis, que acarretam aumento da morbi-mortalidade e impacto sobre o sistema de saúde, além de diminuir a qualidade de vida dos idosos.

É importante ampliar o estudo e o desenvolvimento de pesquisas sobre a avaliação antropométrica e nutricional de idosos com aplicabilidade clínica, epidemiológica no âmbito da rede básica de saúde, bem como a elaboração, pelos profissionais de saúde de programas e ações que visem melhorar a qualidade de vida da população em questão, propondo medidas adequadas para que sejam adotados novos estilos de vida, com hábitos alimentares saudáveis, a fim de se obter uma melhor qualidade de vida.

Referencias

ANDRADE FB, JUNIOR AFC, KITOKO PM, BATISTA JEM, ANDRADE TB. **Prevalence of overweight and obesity in elderly people from Vitória-ES, Brazil.** Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2012 [cited 2014 May 02];17(3):749-56. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a22.pdf>

BARRETO SM, PASSOS VMA, LIMA-COSTA MFF. **Obesity and underweight among Brazilian elderly. The Bambuí Health and Aging Study.** Cad Saúde Pública 2003; 19:605-12.

CABRERA, M.A.S.; JACOB, WF. **Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e co-morbidades.** Arq Bras Endocrinol Metab, São Paulo, v. 45, n. 5, Oct. 2001.

KUMPEL, DA; SODRÉ, AC; POMATTI, DM; SCORTEGAGNA, HM; FILIPPI, J; PORTELLA, MR, et al. **Obesidade em idosos acompanhados pela estratégia de saúde da família.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011 Jul-Set; 20(3): 471-7.

LIPSCHITZ, DA. **Screening for nutritional status in the elderly.** Prim Care 1994; 21:55-67.

PERISSINOTTO E, PISENT C, SERGI G, GRIGOLETTO F, ENZI G. **Anthropometric measurements in the elderly: age and gender differences.** Br J Nutr 2002; 87: 177-86.

SANTOS, R. R.; BICALHO, M. A. C.; MOTA, P; OLIVEIRA, D. R.; MORAES, E. N. **Obesidade**

em idosos. Rev Med Minas Gerais 2013; 23(1): 64-73.

SANTOS DM, SICHIERI R. **Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos.** Rev Saúde Pública 2005; 39:163-8.

SILVEIRA, E.A.; KAC, G; BARBOSA,L.S. **Prevalência e fatores associados à obesidade em idosos.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(7):1569-1577, jul, 2009

TADDEI CFG, et al. **Estudo multicêntrico de idosos atendidos em ambulatórios de cardiologia e geriatria de instituições brasileiras.** Arq Bras Cardiol 1997;69(5):327-33.

TAVARES EL, ANJOS LA. **Perfil antropométrico da população idosa brasileira.** Resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. Cad Saúde Pub 1999;15(4):759-68.

32-DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS DIARREIAS INFECCIOSAS AGUDAS¹

Luíza Alves Monteiro Torreão Villarim²

Anesla Yanne de Araújo Lira³

Henrique Monteiro Gomes⁴

Marina Guedes de Souza⁵

Clélia de Alencar Xavier Mota⁶

Resumo

INTRODUÇÃO: A infância constitui a faixa etária em que a diarreia causa maior mortalidade. A patologia é uma das principais responsáveis pelo desequilíbrio das condições de saúde da população infantil brasileira. Objetivou-se revisar os estudos sobre o diagnóstico diferencial da diarreia aguda e suas implicações. **MÉTODO:** Construiu-se esse estudo através de revisão de literatura pesquisada em artigos nas bases de dados Scielo, LILACS, BVS. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Segundo a Organização Mundial da Saúde, infecções intestinais associadas a quadros diarreicos são a segunda causa de morte infecciosa no mundo. A diarreia infecciosa aguda pode ser causada por vírus, bactérias, parasitas e fungos, classificando-se em alta, quando há acometimento do intestino alto e baixo, intestino grosso. **CONCLUSÃO:** A abordagem do paciente é através da anamnese e exame físico. Na clínica, visam-se aspectos como viagens recentes, alimentação e caracterização das fezes. Exames laboratoriais não são custo-efetivos e a solicitação do exame parasitológico é indicada em casos especiais. O tratamento consiste em reidratação e manutenção da alimentação adequada.

Palavras-chave: Diarreia aguda. Infecciosa. Infância.

Introdução

Diarreia conceitua-se como sendo uma alteração das funções gastrintestinais, que leva à ocorrência de três ou mais evacuações de consistência amolecidas ou líquidas em um período de 24 horas, sendo apontada como uma das afecções que mais ocasiona transtornos à saúde das crianças. É importante ressaltar que a diarreia atinge pessoas de qualquer faixa etária, mas é na infância que esta afecção causa maior mortalidade (PEREIRA, CABRAL, 2008).

O Manual de Monitoração da Doença Diarreica (MDDA) aponta as doenças diarreicas como umas das principais patologias responsáveis pelo desequilíbrio das condições de saúde que caracteriza a população infantil brasileira. Episódios repetidos nos primeiros anos de vida, em geral, levam à má absorção intestinal e conseqüentemente, à desnutrição. Como a persistência da diarreia, na maioria dos casos, instala-se em um período crítico do crescimento físico e do desenvolvimento mental, ela poderá acarretar agravos na curva pondero-estatural, nas funções intelectual e cognitiva, no futuro desempenho escolar, além do aumento da morbimortalidade por outras patologias (PEREIRA, CABRAL, 2008; MOURA, 2012).

¹ Projeto de extensão. Buscando Saúde: um enfoque lúdico na educação e prevenção das enteroparasitoses.

² Discente de Medicina pela Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE). End.: Rua Santos Coelho Neto nº270, apt 1301, Manaira, João Pessoa – PB. CEP: 58038-450. Telefone: (83) 8885-1506. E-mail: luizavillarim@hotmail.com.

³ Discente de Medicina pela Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE). João Pessoa – PB. Email: anesla_yanne@hotmail.com.

⁴ Discente de Medicina pela Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE). João Pessoa – PB. Email: henriquemed2011@hotmail.com.

⁵ Discente de Medicina pela Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE). João Pessoa – PB. Email: marinagsouza_@hotmail.com.

⁶ Docente da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE). João Pessoa – PB. Email: clelia.mota@hotmail.com.

Apesar do declínio do número de hospitalizações por diarreia aguda em todo o mundo com o advento da terapia de reposição oral (TRO), implantada desde 1980 através do Programa de Controle da Doença Diarreica da Organização Mundial da Saúde, e do conseqüente decréscimo da mortalidade pela doença nos menores de cinco anos, a diarreia ainda permanece como importante causa de hospitalização entre a população infantil. No Nordeste brasileiro a diarreia ainda é a primeira causa de hospitalizações entre as crianças (VANDERLEI, SILVA, 2004).

O presente artigo tem como objetivo revisar os estudos sobre o diagnóstico diferencial da diarreia aguda e suas implicações.

Método

Esse estudo foi construído através do levantamento de dados encontrados na literatura já existente. Foram realizadas pesquisas nas bases de dados da Scielo, LILACS, BVS, onde foram consultados artigos originais publicados em periódicos e de revisão sobre o tema, que possibilitaram que este trabalho tomasse forma para ser fundamentado.

Todas as pesquisas foram realizadas através de uma revisão de literatura com publicações entre os anos de 1999 e 2013.

Resultados e discussão

Na maioria dos casos, o exame físico é importante para determinar a severidade da diarreia e não a sua causa. A pele e mucosas secas, a hipotensão e a taquicardia são indicativos de desidratação. A febre está frequentemente associada à infecção por um microorganismo invasivo. O exame abdominal deve ser cuidadoso para excluir outras patologias que podem manifestar-se com diarreia, como a diverticulite ou apendicite (SOCIEDADE PORTUGUESA DE GASTROENTEROLOGIA).

É de extrema importância o diagnóstico diferencial da diarreia infecciosa aguda com causas não infecciosas. Dentre elas, destacam-se: Dietéticas: Superalimentação, intolerância aos carboidratos (lactose, sacarose, maltose, glicose, galactose), intolerância às proteínas (leite, soja), intolerância ao glúten (doença celíaca), dietas hiperosmolares; Anatômicas e Mecânicas: Intestino curto, retocolite ulcerativa, doença de Whipple, enterocolite necrozante, linfangiectasia, alça cega, má-rotação, semi-obstrução intestinal, fístulas entéricas; Bioquímicas: Abetalipoproteinemia, deficiência de enteroquinase, retenção de quilomícrons, cloridorreia congênita, diabetes, uremia, má-absorção seletiva de vitamina B12; Desnutrição proteico-calórica; Imunológicas: Hipogamaglobulinemias, deficiência de IgA, AIDS, Wiskott- Aldrich, Ataxia-teleangiectasia, Imunodeficiências combinadas; Pancreatopatias e Hepatopatias: cirrose, atresia biliar, pancreatite crônica, fibrose cística, deficiência de sais biliares; Endocrinopatias e Doenças Metabólicas: hipertireoidismo, hiperplasia adrenal congênita, doença de Addison, hipoparatiroidismo, Doença de Wolman, uremia, cistinose, tirosinemia, Zollinger-Ellison, deficiência de zinco, hiperplasia de célula não beta, galactosemia, má-absorção de metionina, Doença de Gaucher, Doença de Niemann-Pick; Neoplasias: carcinóide, ganglioneuroma, neuroblastoma, Zollinger-Ellison, polipose, linfoma, mastocitose, adenocarcinoma, tumores secretores de VIP (substância vasoativa intestinal); Tóxicas: arsênio, chumbo, fosfatos orgânicos, sulfato ferroso, laxantes, antibióticos, cogumelos, quimioterapia, radioterapia, antibióticos (eritromicina, clindamicina, ampicilina, cefalosporinas), antiácidos com magnésio, sorbitol presente no acetaminofen, cimetidina, digoxina, colchicina); Vasculares: insuficiência de artéria mesentérica, hipertensão portal, isquemia intestinal; Suspensão de narcóticos; Psicogênicas; Cólon irritável; Outras: hemorragia gastrointestinal, apendicite, peritonite, polipose familiar, corpo estranho, Doença de Hirschsprung, gastroenterite eosinofílica, esvaziamento rápido após cirurgias, síndrome de privação materna, acrodermatite enteropática, esclerodermia, neurofibromatose, Doença de Whipple, disautonomia familiar (Riley-Day) (SILVA).

O Programa de Combate das Doenças Diarreicas da OMS, criado em 1978, e o UNICEF (United Nations Children's Fund) publicado em 2009, defendem as seguintes estratégias para

controle da diarreia: melhor tratamento dos casos com reposição de fluidos para prevenção da desidratação; tratamento com zinco; detecção e controle das epidemias de diarreia; vacinação contra sarampo e rotavírus; melhor assistência à saúde materno-infantil com promoção do aleitamento materno e suplementação de vitamina A; manutenção de alimentação adequada; estímulo à lavagem de mãos com sabão; melhoria do suprimento de água em quantidade e qualidade, incluindo estocagem segura da água das residências; promoção de saneamento comunitário amplo (GALVÃO et al., 1994; ANDRADE et AL., 2011).

Considerações finais

A abordagem do paciente requer do médico, portanto, cautela, percepção e muitas vezes há necessidade de consultar outros especialistas para investigação diagnóstica mais detalhada e criteriosa em vista de tão múltiplas causas e diferentes condutas a depender da situação.

Portanto, as melhorias nas condições sanitárias e de higiene são preponderantes na meta de reduzir a incidência de diarreia e, também, de evitar seu prolongamento. Para atingir a quarta meta do milênio, que é reduzir em 2/3 a mortalidade em crianças menores de 5 anos entre 1990 e 2015, são necessários esforços em relação à terapia de reidratação oral, a suplementos de vitamina A e zinco e à vacinação contra o sarampo. Essa abordagem vertical deverá ser seguida pela ampliação da prática assistencial pelos sistemas públicos de saúde.³

Referências

1. PEREIRA, Ivonete Vieira; CABRAL, Ivone Evangelista. Diarréia aguda em crianças menores de um ano: subsídios para o delineamento do cuidar. **Esc. Anna Nery** Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, June 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000200004&lng=en. Acessado em 13 de Junho 2014.
2. MOURA, Maria do Rosário S. de Almeida Lélis de et al. Frequência de Escherichia coli e sua sensibilidade aos antimicrobianos em menores de cinco anos hospitalizados por diarreia aguda. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 12, n. 2, June 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292012000200008&lng=en. Acessado em 13 Junho 2014.
3. VANDERLEI, Lygia Carmen de Moraes; SILVA, Gisélia Alves Pontes da. Diarréia aguda: o conhecimento materno sobre a doença reduz o número de hospitalizações nos menores de dois anos? **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 50, n. 3, Sept. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000300034&lng=en. Acessado em 14 Junho 2014.
4. SOCIEDADE PORTUGUESA DE GASTROENTEROLOGIA. Diarreia: avaliação e tratamento. Disponível em: <www.spg.pt/wp-content/uploads/2013/02/noc_diarreia_revista3.pdf>. Acessado em: 01 de junho de 2014.
5. GALVAO, Clóvis E. S. et al. Terapia de reidratação oral para diarréia aguda em região do nordeste do Brasil, 1986-1989. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 6, Dec. 1994. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101994000600005&lng=en. Acessado em 14 Junho 2014.
6. ANDRADE, Jacy Alves Braga de; FAGUNDES-NETO, Ulysses. Diarreia persistente: ainda um importante desafio para o pediatra. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 87, n. 3, June 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572011000300004&lng=en. Acessado em 13 Junho 2014.
7. SILVA, Luciana Rodrigues. Diagnóstico diferencial da diarreia na criança. Disponível em: <http://www.medicina.ufba.br/educacao_medica/graduacao/dep_pediatria/disc_pediatria/disc_prev_social/roteiros/diarreia/diagnostico.pdf> Acessado em 2 de junho de 2014.

33-EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA: GRUPO DE DISCUSSÃO E INTEGRAÇÃO DE ADOLESCENTES EM PROMOÇÃO DA SAÚDE POR OFICINAS TEMÁTICAS.

Isabella Ramos Andrade Barreto Coutinho
Jucyleia Oliveira Marques
José Victor Magalhães Santos
Weruskha Abrantes Soares Barbosa
Danielle Serafim Pinto

Resumo

Trata-se de uma vivência desenvolvida por acadêmicos de Medicina com adolescentes assistidos pela USF IPIRANGA objetivando desenvolver no grupo o senso de responsabilidade com sua saúde mediante participação e reflexão dos problemas no contexto em que esses jovens e seus parentes estão inseridos. Realizou-se 3 encontros com 15 adolescentes, tendo como objetivo refletir sobre as principais necessidades da comunidade assistida pela Unidade de Saúde da Família do Ipiranga e estabelecer metas para motivar a própria comunidade a desenvolver suas ações, em busca de resolutividade. As atividades foram realizadas por integrantes do Projeto de Extensão Educação Popular em Saúde da Faculdade de Medicina Nova Esperança. Houve troca de saberes, debate entre o grupo que facilitou a discussão e reflexão dos adolescentes quanto aos temas abordados numa análise qualitativa.

Palavras-chave: adolescente, educação, saúde.

Introdução

O projeto de extensão Educação Popular em Saúde desenvolvido por docentes e acadêmicos de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança tem por objetivo refletir sobre as principais necessidades da comunidade assistida pela Unidade de Saúde da Família do Ipiranga e estabelecer metas para motivar a própria comunidade a desenvolver suas ações, em busca de resolutividade. Através de reunião entre coordenador, colaboradores, extensionistas e enfermeiras da USF observou-se a necessidade de desenvolver uma proposta de inserção da educação popular em saúde com os adolescentes desta referida área, devido à dificuldade de abordagem e participação desta população em questão nas atividades desenvolvidas pela unidade de saúde.

Entre os grupos que merecem especial atenção em educação, saúde na atualidade, está a adolescência, que, nas últimas décadas tem se tornado alvo de estudos e passaram a merecer maior atenção em termos de saúde devido às mudanças físicas, psíquicas e sociais próprias da fase que se configuram em um quadro de vulnerabilidade aos agravos sociais. Neste grupo, as ações de educação em saúde desenvolvidas pelos estudantes de Medicina são estratégias para estimular o debate sobre temas de interesse dos adolescente, considerando o contexto cultural no qual estão inseridos, em um processo contínuo e crescente de aprendizagem, contribuindo efetivamente para ampliar conhecimentos, modificar atitudes e habilidades relacionadas com comportamentos ligados à saúde.

Foi realizado um primeiro contato entre os participantes do projeto e os adolescentes da comunidade do Valentina através do qual a população - alvo definiu os temas de seu interesse a serem abordados em posteriores oficinas. Sendo eles Anatomia Humana e Suporte básico de vida.

No ensino fundamental, oitavo ano os estudantes trabalhados em sala de aula estavam abordando o tema corpo humano, suas funções, ações e reações. Os adolescentes sentiam a necessidade de entender e relacionar os ensinamentos da sala de aula tradicional com o próprio corpo, o que sentiam e o que estavam vivenciando.

A língua comum que a educação popular preconiza possibilitou este momento segundo.

(VASCONCELOS; EYMARD, 2004). Os alunos extensionistas envolvidos no projeto escultaram os adolescentes e responderam com exemplos cotidianos suas dúvidas.

Os ensinamentos de Suporte Básico de vida, fizeram-se presentes diante da necessidade e do interesse desses adolescentes em prestar auxílio corretamente a uma vítima, buscando a preservação da vida no aguardo da equipe especializada, sendo preconizado que os mesmos, presente nessas situações saibam a quem recorrer e auxiliar com os procedimentos básicos de auxílio. Com a estrutura do laboratório da instituição FAMENE, criamos para eles um ambiente próprio ao aprendizado, mostrando técnicas de forma interativa e lúdica.

Método

O presente estudo apresenta uma abordagem descritivo e exploratório com análise qualitativa. Os participantes foram adolescentes assistidos pela Unidade de Saúde da Família (USF) Ipiranga no bairro Valentina, município de João Pessoa.

Inicialmente propomos a observação das condições socioeconômicas, de moradia e de saúde dos adolescentes e de suas famílias. Dessa maneira, foi possível fazer um levantamento das suas reais necessidades em saúde e de interesse de aprendizado, chamando a atenção para temáticas como anatomia humana e suporte Básico de Vida, as quais foram selecionadas conforme necessidade e déficit de conhecimento apresentado pelos próprios adolescentes.

Esses jovens foram acompanhados, durante o mês de abril, por docentes e acadêmicos de medicina da FAMENE, integrantes do Projeto de Extensão “EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE”, sendo realizados encontros semanais na faculdade.

O uso da textualização, de rodas de conversa e de aulas expositivas e práticas, em laboratórios, com os adolescentes foram essenciais para o desenvolvimento da observação, análise crítica e reflexiva dos estudantes, aprimorando os registros das atividades propostas.

A avaliação do aprendizado, sobre as temáticas trabalhadas, ocorreu através de dinâmicas realizadas ao final de cada encontro, sendo constatado um grande aproveitamento e assimilação do conhecimento ao término de cada atividade.

A pesquisa seguiu os parâmetros da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde referente aos princípios da Bioética sobre estudos com seres humanos.

Resultados e discussão

Para desenvolvimento da ação em saúde com os adolescentes da comunidade do Valentina foram realizados três encontros, sendo dois deles oficinas temáticas, escolhidas pelos mesmos. O primeiro contato foi uma reunião entre os participantes do projeto de extensão (coordenadora, colaboradores e extensionistas) e os 15 adolescentes que seriam o público – alvo da ação. Para este primeiro momento o objetivo foi à interação entre os membros por meio de dinâmicas de acolhimento, na qual foi possível construir um vínculo interpessoal, ao conhecer um pouco da história de vida e das necessidades de cada participante. Com base nas curiosidades e anseios expressados pelos adolescentes foram definidos os temas dos encontros subsequentes como sendo oficinas de Anatomia Humana e de Primeiros-socorros.

Segundo (MORIN; EDGAR, 2000), esta relação de igualdade de estudantes aprendendo uns com os outros estudantes gera uma relação pedagogia de interdisciplinariedade, na qual a espera educacional valoriza experiências e práticas de cada indivíduo como um ser detentor de saberes ampliados e diversos.

Dessa forma, foi realizada a primeira oficina, a partir de abordagem prática e visual, sendo trabalhada a temática Anatomia Humana, ministrada pelos extensionistas, discentes de medicina, na qual foi notória a interação e anseio em aprendizagem dos jovens, uma vez que houve diversas interrupções para questionamentos em relação os assuntos abordados. O título da palestra foi a totalidade do corpo humano, as funções de seus sistemas e algumas curiosidades que eram de interesse dos jovens. De início, foi esclarecido sobre tudo o que seria explicado na aula, por meio de

uma conversa informal, deixando os adolescentes mais confortáveis para questionar sobre qualquer dúvida existente e também para que houvesse uma boa dinâmica e interação entre o grupo envolvido. Diante dos assuntos apresentados, eles tiveram abertura para falar de suas experiências e daquilo que eles imaginavam ser o correto sobre determinada “parte de seu corpo”, e a partir daí, a explicação fluiu de maneira a entender o que era verdadeiro de seus conhecimentos prévios e o que não era verdadeiro. Ainda houveram muitos questionamentos, principalmente no que se refere às doenças que os mesmos possuíam ou algum familiar e/ou conhecido e, por essa razão, foi alcançada uma interação que o ajudou a quebrar paradigmas.

O terceiro encontro foi a oficina realizada no laboratório de Suporte Básico de Vida da FAMENE, sendo abordado o conteúdo de Suporte Básico de Vida. Iniciou-se a atividade falando sobre o que compreende o atendimento prestado a uma vítima de mal súbito ou trauma, visando a manutenção de seus sinais vitais e a preservação da vida, além de evitar o agravamento das lesões existentes, até que uma equipe especializada possa transportá-la ao hospital e oferecer um tratamento definitivo. O primeiro assunto abordado foi a parada cardiorrespiratória e a utilização do desfibrilador automático – DEA. Em seguida, foram demonstradas as manobras de desobstrução de vias aéreas, e de imobilização de pequenas fraturas, com a participação e interação dos adolescentes, que relataram casos recorrentes no seu cotidiano. Com o apoio dos “bonecos” dos laboratórios foi possível pôr em prática as técnicas tanto realizadas no adulto como em bebês. Posteriormente, os adolescentes foram divididos em duplas para pôr em prática todo o aprendizado repassado, sendo esclarecidas as dúvidas e corrigidas as manobras técnicas que estavam incorretas. O ambiente diferenciado do laboratório trouxe aos adolescentes e extensionistas a possibilidade de desenvolver a criatividade e a confiança gerando autonomia nos processos educativos de prevenção em saúde. (VASCONCELOS; EYMARD, 2004).

Ficou claro, após o encontro, a carência destes conteúdos nas escolas públicas da região, tornando-se evidente a importância de ações como estas junto à comunidade, com a explanação sobre um conteúdo relevante, que ao certo deveria ser abordado em todas as escolas, para que essas crianças e adolescentes sejam capazes de salvar uma vida com medidas simples de suporte à vida.

O projeto pode acrescentar autonomia e esperança, pois ensinar é um ato de respeito com os diversos conhecimentos e suas formas de expressão. Segundo (FREIRE; PAULO, 2002)

Unindo setores diversos da sociedade como escolas, USF, faculdade, entre outros, possibilitando a intersetorialidade, ampliando o olhar da saúde para além do processo de adoecimento e cura.

A participação desses adolescentes na ação promovida pelo projeto de Extensão “Educação Popular em Saúde, permitiu-lhes melhor compreender o seu corpo e as mudanças que ocorrem nessa idade de transição, assim como auxiliar o próximo em uma eventual situação de risco, sabendo como prosseguir e ajudando a salvar vidas, tornando-se cidadão mais cooperativo e multiplicador do aprendizado apreendido.

Considerações finais

Ao passar dos encontros ficou claro a troca de experiências e o alcance de um objetivo comum traçados pelos extensionista, professores e os jovens adolescentes. A cerca das temáticas abordadas acredita-se que os conhecimentos foram absorvidos e uso da Método participativa com a troca de experiências e saberes foi enriquecedora para o futuro profissional dos acadêmicos de medicina, que no seu dia a dia irão lidar com pacientes em sua totalidade encontrando-se em seu estado mais fragilizado, no processo saúde doença.

Reforça-se ainda a importância da educação das crianças e adolescentes, sendo este o melhor meio de se construir um futuro melhor, buscando preencher o tempo livre destes jovens, conseguindo retirá-los do meio que poderia levar a um futuro não tão promissor e perigoso.

Referências

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários a educação do futuro**. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2000.

OLIVEIRA, Gonçalves MJF. **Educação em saúde**: uma experiência transformadora. Rev Bras Enferm. 2004; 57(6): 761-3.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**: Saberes Necessários à Prática Educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

VASCONCELOS, Eymard. **Educação Popular**: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. Rio de Janeiro PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva. 2004

34-PROFILAXIA DAS ENTEROPARASITOSE ATRAVÉS DE UM ENFOQUE LÚDICO ¹⁷

Clélia de Alencar Xavier Mota ¹⁸
Ana Karina Holanda Leite Maia ²
Camila Regina Medeiros Bezerra ³
Gesira Soares Dantas ³
Nathália Palitot Fernandes ³
Juarez Silvestre Neto ⁴

Resumo

As enteroparasitoses continuam representando um significativo problema de saúde pública, acometendo principalmente a população pediátrica. As atividades lúdicas podem ser realizadas como estratégias educativas para prevenção das parasitoses intestinais, sendo essas bastante acessíveis, de fácil realização e compreensão e baixo custo. Para realização desta revisão, foram selecionados estudos publicados nos bancos de dados: Scielo e Bireme. Segundo os resultados apresentados, o lúdico fornece ao aluno um ambiente prazeroso e enriquecido, possibilitando o desenvolvimento de habilidades bem como despertando a motivação para a participação mais ativa durante a aula, mostrando ser uma ferramenta útil e de boa receptividade por parte de escolares. Considera-se que as estratégias lúdicas, por seu caráter desafiador e construtivo, são de extrema importância no processo de ensino e aprendizagem, pois contribuem para tornar o ambiente mais dinâmico e agradável, bem como fornecem uma motivação intrínseca ao processo, favorecendo a aprendizagem e a prevenção das parasitoses intestinais.

Palavras-chave: Parasitoses. Prevenção. Educação em Saúde.

Introdução

As parasitoses intestinais constituem-se num grave problema de saúde pública, sobretudo nos países do terceiro mundo, sendo um dos principais fatores debilitantes da população, associando-se frequentemente a quadros de diarreia crônica e desnutrição, levando ao comprometimento de um adequado desenvolvimento físico e intelectual, particularmente das faixas etárias mais jovens da população.

A implantação de práticas educativas que conduzam as pessoas a adquirir conhecimentos sobre as parasitoses, tornando-as capazes de atuarem na prevenção e redução da carga parasitária é uma estratégia eficaz, mas pouco trabalhada, pois o sistema não privilegia a educação em saúde, o que dificulta a implantação das ações de controle destas doenças. A realização de atividades lúdicas se constitui em um dispositivo acessível, devido ao baixo custo, e muito apreciado pelo público infantil. Jogos, brincadeiras, músicas, pinturas, palestras, dinâmicas de grupo e teatros são alguns exemplos de como o lúdico pode contribuir e oportunizar as crianças, momentos de expressão, criação e troca de informação.

O interesse por esta temática surgiu mediante a observação da grande quantidade de crianças portadoras de parasitoses intestinais na atualidade. Neste contexto, infere-se a necessidade de realizar atividades de prevenção e promoção de saúde, incluindo as atividades lúdicas, para a

¹⁷ Revisão de literatura elaborado por discentes do Projeto de Extensão intitulado: “BUSCANDO SAÚDE: UM ENFOQUE LÚDICO NA EDUCAÇÃO E PREVENÇÃO DAS ENTEROPARASITOSE E DOENÇAS BACTERIANAS - 2014”, das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE).

¹⁸ Docente da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE/PB). Coordenadora do projeto. Orientadora.

³ Discentes da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE/PB).

⁴ Discentes da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE/PB). Relator

melhoria do bem estar biopsicossocial desta população. Desta forma, o presente trabalho teve como objetivo elucidar a importância das atividades lúdicas através de um estudo bibliográfico como estratégia educativa na aprendizagem de medidas profiláticas das parasitoses, com intuito de prevenir e/ou diminuir o número de crianças parasitadas, tornando estas disseminadoras dos conhecimentos adquiridos tanto na família, como entre amigos, melhorando assim, a qualidade de vida da população.

Método

O estudo trata-se de uma revisão bibliográfica feita por acadêmicos de Medicina enquanto extensionistas do projeto intitulado “Buscando saúde: um enfoque lúdico na educação e prevenção das enteroparasitoses e doenças bacterianas - 2014”, tendo utilizado como fontes de pesquisa livros, monografias, teses e acervos eletrônicos como artigos científicos e periódicos. O levantamento dos artigos científicos foi realizado através das bases de dados Scientific Electronic Library Online – SCIELO e BIREME, sobre textos relacionados à temática. A coleta de dados se deu entre os meses de março a junho de 2014, onde foram utilizados os seguintes descritores e suas combinações na língua portuguesa: “Parasitoses”, “Educação em Saúde” e “Prevenção”. Foram selecionados vários artigos pertinentes, sob os critérios de inclusão: artigos que, na íntegra, retratassem a temática referente à revisão integrativa da importância das atividades lúdicas na prevenção das enteroparasitoses e artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados nos últimos vinte anos. O presente estudo buscou agregar informações sobre o papel das atividades lúdicas na prevenção e promoção das parasitoses intestinais através da educação em saúde, servindo como fonte futura de informações para pesquisas.

Resultados e discussão

Devido à problemática das parasitoses, principalmente no público infantil e especialmente nas classes sociais menos favorecidas, mostraram-se de suma relevância as ações desenvolvidas junto a essa população.

As atividades lúdicas fornecem ao aluno um ambiente motivador, prazeroso e enriquecido, possibilitando o desenvolvimento de habilidades bem como despertando a motivação para a participação mais ativa durante a aula. O lúdico funciona como elemento norteador das relações harmônicas entre educandos e educadores, tornando a prática educativa mais substancial e eficaz, possibilitando a criatividade, transformando a aprendizagem, multiplicando valores e saberes e estimulando a apreensão no processo de ensino⁸. Além disso, o lúdico também contribui para o desenvolvimento da cooperação, da sociabilidade e para o estabelecimento de relações afetivas em sala de aula, elementos indispensáveis à aprendizagem.

Os estudantes da área de saúde, em especial os futuros médicos, podem trazer uma grande contribuição na prevenção das parasitoses, tendo em vista que a promoção da saúde é de suma importância e uma das responsabilidades de todo profissional dessa área. Onde no âmbito de seu conhecimento, organiza ações de prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde da comunidade. Para isso utiliza-se a educação sanitária, que é um instrumento fundamental para uma assistência de boa qualidade.

O estudo fez perceber que, utilizando a educação de forma lúdica, o interesse e aprendizagem das crianças sobre as enteroparasitoses são surpreendentes em todos os trabalhos realizados. Alguns autores comentam que ao se trabalhar a educação em saúde na infância aumentam-se as chances de que estas alcancem na idade adulta uma maior qualidade de vida, consciência crítica e autonomia.

Acredita-se que a Promoção de Saúde, por meio de estratégias educativas envolvendo o lúdico, deve ser enfatizada, buscando, mais controle das infecções intestinais, menos gasto com medicamentos e melhoria na qualidade de vida das crianças. Todavia, para que resultados efetivos sejam alcançados, devem-se promover ações paralelas, que abranjam não somente as crianças, mas

também os pais e o restante da comunidade. Para que tais atividades não se tornem um evento isolado e sem continuidade, é preciso inseri-lo em processos educativos mais abrangentes, com ações continuadas. É também imprescindível que se forneçam estruturas ambientais compatíveis com hábitos de saúde, pois não faz sentido ensinar uma criança a lavar um alimento antes de comê-lo se não houver água potável para fazê-lo.

Considerações finais

A educação em saúde, como uma das ferramentas indispensáveis ao trabalho do profissional de saúde, deve ampliar seu enfoque à criança, pois, ao se trabalhar o indivíduo nessa fase da vida, aumentam-se as possibilidades de se tornarem, na idade adulta, pessoas com uma maior qualidade de vida, com consciência crítica e com poder sobre as questões de saúde. No processo de criação e execução da abordagem lúdica vislumbramos uma prática inovadora, uma vez que o aprendizado não se restringe a um ambiente escolar, podendo tornar-se um momento prazeroso e instigante, permitindo que o conhecimento científico seja construído de maneira usualmente diferente.

E ainda, em decorrência dos graves danos causados à saúde dos indivíduos e, sobretudo, das repercussões econômicas, vários programas têm sido dirigidos para o controle das parasitoses intestinais em diferentes países, mas, infelizmente, constata-se um descompasso entre o êxito alcançado nos países mais desenvolvidos e aquele verificado nas economias mais pobres. Pois além do custo financeiro das medidas técnicas, a falta de projetos educativos com a participação da comunidade dificultam as ações de controle.

Há que se considerar, que além da melhoria das condições socioeconômicas e da infraestrutura geral, o engajamento comunitário é um dos aspectos fundamentais para a implantação das ações de controle das parasitoses.

Nesta perspectiva, considera-se que as estratégias lúdicas, por seu caráter desafiador, motivacional e construtivo, são de extrema importância no processo de ensino e aprendizagem, não apenas por contribuírem para tornar o ambiente mais dinâmico e agradável, mas, sobretudo, por fornecerem uma motivação intrínseca ao processo, favorecendo a aprendizagem e a prevenção das parasitoses intestinais.

Referências

BARBOSA, L.A.; SAMPAIO, A.L.A.; MELO, A.L.A.; MACEDO, A.P.N.; MACHADO, M.F.A.S. **A educação em saúde como instrumento na prevenção de parasitoses**. RBPS, Fortaleza 22(4): 272-278, out./dez., 2009.

CABRERA, W.B. **Ludicidade para o ensino médio na disciplina de Biologia**: Contribuições para o processo de ensino e aprendizagem em conformidade com os pressupostos teóricos da Aprendizagem Significativa. [Dissertação de Mestrado] Universidade Federal de Londrina, Paraná (2007).

LUDWING, K.M.; FREI, F.; FILHO, F.A.; PAES, J.T.R. **Correlação entre condições de saneamento básico e parasitoses intestinais na população de Assis, Estado de São Paulo**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 32(5):547-555, set-out, 1999.

TORRES, H.C.; HORTALE, V.A.; SCHALL, V. **Experience with games in operative groups as part of health education for diabetics**. Cad. Saúde Pública, v.19, n.4, p.1039-47, 2003.

TOSCANI, N.V. ET AL. **Development and analysis of an educational game for children aiming prevention of parasitological diseases**. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.11, n.22, p.281-94, mai/ago 2007.

35-AVALIAÇÃO DO MEDO EM IDOSOS ACERCA DO RISCO DE QUEDAS DOMICILIARES

Rodrigo Vergetti Baía¹
Anna Raquel Temoteo Delgado²
Ludmila Barbosa Oliveira³
Kay Francis Leal Vieira
Adriana Lira Rufino de Lucena

Resumo

Introdução: O processo de envelhecimento ocasiona alterações fisiológicas que, aliado aos fatores extrínsecos tornam o idoso frágil e vulnerável à quedas. **Objetivo:** Investigar a preocupação dos idosos acerca do risco de quedas domiciliares. **Método:** Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido com idosos participantes do Projeto de Extensão Envelhecimento Saudável da Facene/Famene A amostra foi composta por 62 idosos de ambos os sexos que responderam a Escala de Eficácia de Quedas internacional – FES-I. **Resultados:** A maioria dos idosos eram mulheres (86,6%) casadas (46,6%) e possuíam o 1º grau de ensino (60%). Destas, 33,9% preocupavam-se com o risco de cair tomando banho, 42% andando em superfície escorregadia, 33,9% subindo e descendo ladeira. **Conclusão:** Torna-se necessário a implementação de políticas públicas que estimulem a monitorização domiciliar, e que estimulem à adesão aos programas de atividades físicas, objetivando, melhorar a resistência e capacidade funcional deste grupo etário.

Palavras-chave: Idoso, Queda, Prevenção

Introdução

O crescimento exponencial da população idosa desde o início do século XX é um fenômeno mundial e tem sido considerado um importante sinal de desenvolvimento entre diversos países (ÁLVARES; LIMA; SILVA, 2010). O processo de envelhecimento acarreta um acúmulo de incapacidades progressivas, instabilidade postural, diminuição de flexibilidade e de mobilidade, fraqueza muscular, alteração da marcha e equilíbrio, dificuldades visuais, que podem contribuir para um risco aumentado de quedas (PILGER, 2011).

Estudos evidenciam que aproximadamente 30% dos idosos, caem, pelo menos uma vez por ano, originando consequências físicas, psicológicas e sociais (CRUZ, 2012). A prevenção destas constitui-se como uma política pública indispensável, por propiciar melhor condição de vida e saúde aos idosos e seus familiares, como também, possibilita uma menor sobrecarga dos gastos públicos.

A queda é um evento de causa multifatorial constituído por elementos intrínsecos (ligados a processos fisiológicos ou patológicos do envelhecimento) ou extrínsecos (ligados ao meio ambiente e contexto) e que resultam em deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior a posição adotada inicialmente, acrescida a incapacidade de correção postural em tempo hábil. Este evento, representa um grande problema para as pessoas idosas dadas as suas consequências que são resultado da combinação de alta incidência com alta suscetibilidade às lesões (BRASIL, 2007). Sendo assim, objetivou-se investigar a preocupação dos idosos em relação ao risco de quedas.

Método

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, realizado em um projeto de extensão da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE), na cidade de João Pessoa, Paraíba. A amostra foi constituída por 62 idosos de ambos os sexos. Para participar da

pesquisa, os idosos teriam que estar cadastrado no projeto no mínimo à seis meses e aceitar a participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta dos dados ocorreu no período de março a junho de 2014, utilizou-se a Escala de Eficácia de Quedas Internacional – FES-I, que apresenta questões sobre a preocupação com a possibilidade de cair ao realizar 16 atividades, com respectivos escores de um a quatro. O escore total pode variar de 16 (ausência de preocupação) a 64 (preocupação extrema). Para análise dos dados, utilizou-se o software SPSS, versão 2.0. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da FACENE/FAMENE sob CAAE: 14472013.3.0000.5179, de acordo com os aspectos éticos previstos na Resolução nº 466/12 que trata das pesquisas realizadas em seres humanos.

Resultados

Pode-se observar que a idade dos participantes variou entre 60 e 75 anos (M= 67,3 anos). A maioria dos participantes era do sexo feminino (86,6%), casados (46,6%); possuíam o 1º grau incompleto (60%) e residiam com familiares (56,6%).

A FES-I na avaliação do medo em relação a quedas analisa a preocupação que o idoso tem em cair realizando as atividades da vida diária, atividades físicas e atividades sociais.

ATIVIDADES VIDA DIÁRIA	NEM UM POUCO PREOCUPADO	UM POUCO PREOCUPADO	MUITO PREOCUPADO	EXTREMAMENTE PREOCUPADO
Limpar a casa	17,7%	25,8%	46,8%	9,7%
Vestir-se ou despir-se	50%	29%	21%	0%
Preparar refeições	74,2%	16%	8%	1,8%
Tomar banho	16,1%	21%	33,4%	29%
Atender ao telefone antes que pare de tocar	58%	24,3%	14,5%	3,2%

Tabela 1. Frequência relativa das atividades diárias.

ATIVIDADES FÍSICAS	NEM UM POUCO PREOCUPADO	UM POUCO PREOCUPADO	MUITO PREOCUPADO	EXTREMAMENTE PREOCUPADO
Sentar ou levantar da cadeira	53,2%	24,2%	20,1%	2,5%
Subir ou descer escadas	16%	14,5%	33,4%	35,5%
Alcançar objetos acima da cabeça	21%	22,6%	32,2%	24,2%
Andar em superfícies escorregadias	3,2%	1,6%	42%	53,2%
Andar em superfícies irregulares	9,7%	8%	62,9%	14,4%

Tabela 2. Frequência relativa das atividades físicas

ATIVIDADES SOCIAIS	NEM UM POUCO PREOCUPADO	UM POUCO PREOCUPADO	MUITO PREOCUPADO	EXTREMAMENTE PREOCUPADO
Ir as compras	40,3%	27,4%	32,3%	0%
Andar pela vizinhança	40,3%	37	21	1,7
Visitar um amigo ou parente	48,4%	33,4%	17,7%	0%
Andar em um local onde haja multidão	25,8%	19,4%	38,7%	16,1%
Sair para eventos sociais	61,3%	24,2%	14,5%	0%

Tabela 3. Frequência relativa das atividades sociais

Discussão

Com o avançar da idade, observa-se diminuição da força muscular e da elasticidade, prejuízo da estabilidade e dinâmica articular, alterações do sistema sensorial e nervoso. Essas mudanças implicam comprometimento dos mecanismos de controle postural, alterando a marcha, comprometendo o equilíbrio, dificultando a adaptação do indivíduo ao meio externo, e predispondo-o à quedas (ALMEIDA, 2012). Além disso, compromete a autonomia, e a liberdade para agir e tomar decisões no dia a dia, associado à própria vida e à independência (CAMARGO, 2010).

As quedas são apontadas como causas importantes de morbidade entre idosos, além de ocasionarem fraturas e perda da confiança para caminhar devido ao temor de novas quedas, situação denominada de Síndrome pós-quedas, que por sua vez, faz com que o idoso diminua sua mobilidade e aumente sua dependência (SANTOS et al, 2012).

Considerações finais

Evidenciando os receios dos idosos com relação à quedas, vislumbra-se a necessidade de ampliar o monitoramento domiciliar, a fim de localizar os riscos domiciliares, como também, a ampliação de políticas públicas, que estimulem a adesão aos programas de atividades físicas, objetivando, melhorar a resistência e capacidade funcional deste grupo etário. Ressalta-se também, a necessidade da redução de obstáculos arquitetônicos urbanas, a fim de prevenir esse dano.

Espera-se que estes resultados possam subsidiar novas pesquisas sobre a temática abordada para assim despertar reflexão dos acadêmicos e profissionais de saúde no sentido de desenvolver e programar estratégias que minimizem os episódios de quedas e suas complicações entre os idosos.

Referencias

ALMEIDA, Sionara Tamanini de et al. Análise de fatores extrínsecos e intrínsecos que predisõem a quedas em idosos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 58, n. 4, Aug. 2012.

ÁLVARES, L. M.; LIMA, R. da C.; SILVA, R. A. da. Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** v.26, n.1, p.31-40, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.** 1. ed. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2013.

CAMARGOS, F.F.O. et al. Adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas da Falls Efficacy Scale - International em idosos Brasileiros (FES-I-BRASIL). **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos , v. 14, n. 3, June 2010.

CRUZ, Danielle Teles da et al. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 46, n. 1, Feb. 2012.