

revista de **NOVA**
ciências **ESPERANÇA**
da saúde

N.1 -2019



Faculdades Nova
Esperança

De olho no futuro

VOLUME 17 - NÚMERO 1 - ABR/2019 | ISSN ELETRÔNICO 2317-7160

revista de
ciências
da saúde **NOVA**
ESPERANÇA



**Faculdades Nova
Esperança**
De olho no futuro

VOLUME 17 - NÚMERO 1 - ABR/2019

ISSN ELETRÔNICO **2317-7160**

ADMINISTRAÇÃO SUPERIOR

Diretora Presidente da Entidade Mantenedora

Kátia Maria Santiago Silveira

Diretor FACENE

Eitel Santiago Silveira

Diretora FAMENE

Kátia Maria Santiago Silveira

Diretor FACENE Mossoró

Eitel Santiago Silveira

Diretor Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança

João Fernando Pessoa Silveira Filho

Secretária Geral

Carolina Santiago Silveira Polaro Araújo

Secretário Geral Adjunto

Edielson Jean da Silva Nascimento

Secretária Geral Mossoró

Maria da Conceição Santiago Silveira

ÓRGÃOS DE APOIO ACADÊMICO

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Rosa Rita da Conceição Marques

Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA)

João Vinícius Barbosa Roberto

Núcleo de Pesquisa e Extensão Acadêmicas (NUPEA)

Aline Poggi Lins de Lima - *Coordenadora Geral*

Yasmim Regis Formiga de Sousa - *Coordenadora Adjunta*

Biblioteca

Janaína Nascimento de Araújo - CRB 15/103

Liliane Soares da Silva Moraes - CRB 15/487

GESTÃO ACADÊMICA

Coordenadora Acadêmica

Nereide de Andrade Virgínio

Coordenadora Acadêmica Mossoró

Elane da Silva Barbosa

Coordenadora do Mestrado Profissional

Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro

Coordenadora de Pós- Graduação (lato sensu)

Gláides Nely Sousa da Silva

Coordenadora do Curso de Medicina

Gladys Moreira Cordeiro da Fonseca

Coordenadora do Curso de Enfermagem

Daiane Medeiros da Silva

Coordenador do Curso de Odontologia

Yuri Victor de Medeiros Martins

Coordenadora do Curso de Farmácia

Daiene Martins Beltrão

Coordenadora do Curso de Fisioterapia

Danyelle Nóbrega Farias

Coordenador do Curso de Educação Física

José Maurício de Figueiredo Júnior

Coordenador do Curso de Agronomia

Júlio Cesar Rodrigues Martins

Coordenador do Curso de Medicina Veterinária

Atticcus Tanikawa

Coordenador do Curso de Radiologia

Max Well Caetano de Araújo

REVISTA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE NOVA ESPERANÇA

Publicação Quadrimestral

Editora Chefe

Amanda Marília da Silva Sant'Ana

Design e Comunicação Visual

Flaviana Silva de Lima

Revisão Ortográfica

Josane Cristina Batista Santos

Lorena Priscila Dantas Luna

Gerência de TI

Frederico Augusto Polaro Araújo

ISSN ELETRÔNICO 2317-7160

Av. Frei Galvão, 12 - João Pessoa - PB - Brasil

CEP: 58063-695 - Contato: (83) 21064770

Site: www.facene.com.br/revista

CONSELHO EDITORIAL

Alessandra S. Braz C. de Andrade - UFPB
André Sales Barreto - UFS
Atticcus Tanikawa - FAMENE
Carlos Eduardo de Oliveira Costa Júnior - UNIT/PE
Cintia Bezerra A. Costa - UFPB
Clélia Albino Simpson - UFRN
Cristianne da Silva Alexandre - UFPB
Fátima Raquel Rosado Morais - UFRN
Francisco Arnaldo Nunes de Miranda - UFRN
Gabriel Rodrigues Neto - FACENE/PB
Homero Perazzo Barbosa - FACENE/FAMENE
Iolanda Bezerra da Costa Santos - UFPB
João Vinicius Barbosa Roberto - FAMENE
Josean Fechine Tavares - UFPB
Julio Cesar Rodrigues Martins - FAMENE
Karen Krystine Gonçalves de Brito - UFPB
Katy Lísias Gondim Dias - UFPB
Kelli Faustino do Nascimento - UEPB
Marcos Antônio Jerônimo Costa - FACENE
Maria de Fátima Oliveira dos Santos - FAMENE
Maria Júlia Guimarães de O. Soares - UFPB
Marta Miriam Lopes Costa - UFPB
Melyssa Kellyane C. Galdino - UFPB
Micheline de Azevedo Lima -UFPB
Mônica Souza de M. Henriques - FAMENE
Mônica Souza de Miranda Henriques - UFPB
Regina Célia de Oliveira - UFPE
Rinaldo Henrique Aguiar da Silva - FAMENA/SP
Roque Marcos Savioli - INCOR/FMUSP
Saulo Felipe Costa - FAMENE
Smalyanna Sgren da Costa Andrade - FACENE

CONSELHO DE REVISORES

Aganeide Castilho Palitot
Alessandra S. Braz C. de Andrade
Ana Claudia Torres Medeiros
Ana Luíza Rabelo Rolim
André Sales Barreto
Andressa Cavalcanti Pires
Antônio Carlos Borges Martins
Atticcus Tanikawa
Bruna Braga Dantas
Carlos Eduardo de Oliveira Costa Junior
Carlos Frederico Almeida Rodrigues
Carolina Uchôa G. Barbosa
Cintia Bezerra A. Costa
Clélia Albino Simpson
Clélia de Alencar Xavier Mota
Cristianne da Silva Alexandre
Daiane Medeiros da Silva
Daiene Martins Beltrão
Danyelle Nóbrega de Farias
Déa Silvia Moura da Cruz
Débora Raquel Soares G. Trigueiro
Edivaldo Galdino Ferreira
Eliáuria Rosa Martins
Elisana Afonso de Moura Pires
Emanuel Luiz Pereira da Silva
Emanuelle Louyde Ferreira de Lima

Erika Catarina de Melo Alves
Ertha Janine Lacerda de Medeiros
Eveline Emilia de Barros Dantas
Fátima Raquel Rosado Morais
Fernanda Clotilde Mariz Suassuna
Francisca Inês de Sousa Freitas
Francisco Arnaldo Nunes de Miranda
Gabriel Rodrigues Neto
Gil Dutra Furtado
Hellen Bandeira de Pontes Santos
Homero Perazzo Barbosa
Inês Maria Barbosa Nunes Queiroga
Iolanda Beserra da Costa Santos
Islaine de Souza Salvador
Jackson Suelio de Vasconcelos
Jainara Maria Soares Ferreira
João Vinicius Barbosa Roberto
José Melquíades Ramalho Neto
Josean Fechine Tavares
Joselio Soares de Oliveira Filho
Jossana Pereira de Sousa Guedes
Julio Cesar Rodrigues Martins
Karen Krystine Gonçalves de Brito
Katy Lísias Gondim Dias de Albuquerque
Kay Francis Leal Vieira
Kelli Faustino do Nascimento
Kettelin Aparecida Arbos
Maiza Araújo Cordão
Marcos Antônio Jerônimo Costa
Marcos Ely Almeida Andrade
Marcus Vinicius Linhares de Oliveira
Maria de Fátima Oliveira dos Santos
Maria do Socorro Gadelha Nóbrega
Maria Júlia Guimarães de O. Soares
Marina Tavares Costa Nóbrega
Marta Miriam Lopes Costa
Matheus dos Santos Soares
Mayara Freire de Alencar Alves
Melyssa Kellyane C. Galdino
Micheline de Azevedo Lima
Monica Souza de Miranda Henriques
Nadja Soares Vila Nova
Nilton Guedes do Nascimento Júnior
Paulo Emanuel Silva
Priscilla Kelly Batista da Silva Leite
Regina Célia de Oliveira
Renato Lima Dantas
Rinaldo Henrique Aguiar da Silva
Rodrigo Santos Aquino de Araújo
Roque Marcos Savioli
Rosa Rita da Conceição Marques
Sandra Aparecida de Almeida
Sandra Batista dos Santos
Sávio Benvindo Ferreira
Silvana Nobrega Gomes
Smalyanna Sgren da Costa Andrade
Tarcísio Duarte da Costa
Thaís Leite Rolim Wanderley
Vagna Cristina Leite da Silva
Vilma Felipe Costa
Vinicius Nogueira Trajano
Waléria Bastos de Andrade Gomes
Yasmim Regis Formiga
Yuri Victor de Medeiros Martins

Na primeira edição da Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança, neste ano de 2019, celebramos mais uma conquista visando o maior alcance da nossa revista à comunidade científica e divulgação de estudos em diversas áreas. Este volume 17, de número 1, marca o início das ações da revista oficialmente na plataforma OJS (Open Journal Systems), o que facilitará o gerenciamento e a publicação de periódicos de qualidade, objetivando uma melhor maneira de trabalhar para divulgação dos diferentes tipos de estudos, confiados a nós, sob forma de produção científica.

Nesta edição, são encontrados seis artigos originais, um relato de caso, além de revisões de literatura que abordam a multidisciplinaridade, objetivo da revista, visando sempre um maior alcance da literatura científica encontrada em nossas páginas. No primeiro artigo, foi demonstrado o perfil epidemiológico de pacientes portadores de fissura labiopalatal, a partir de uma ampla variedade de dados epidemiológicos, dentre os quais faixa etária, gênero, raça, procedência, renda familiar, hereditariedade, presença de malformações congênitas, intercorrências durante gestação, utilização de drogas e/ou medicamentos durante a gravidez, condições de sanitarismo, tipos de fissura e tratamento. No segundo, informações relevantes foram apresentadas sobre os riscos associados ao uso de plantas medicinais por idosos, portadores de hipertensão arterial. O terceiro artigo mostra o conhecimento e habilidades dos profissionais de saúde sobre o vírus Ebola, a partir do protocolo elaborado pelo Ministério da Saúde, revelando um insuficiente conhecimento da população estudada sobre a doença.

O artigo seguinte analisou o padrão de uso de bebidas alcoólicas por estudantes de medicina, sugerindo um aumento no índice de alunos com hábito de consumir bebidas alcoólicas, ao longo do curso. A frequência de *Thichomnas vaginalis* e *Gardnerella vaginalis* em exames colpocitológicos, realizados em uma rede de laboratórios privados, é demonstrada no 5º artigo. Adicionalmente, em abordagem de interesse na anatomia e cardiologia, uma análise experimental para avaliar a incidência de variações anatômicas de artérias coronárias em corações cadavéricos apontou regularidade no padrão de trajeto dos corações com menor regularidade quanto à origem, ramificação e relação entre origem dos vasos com hipertrofia do coração.

A análise histopatológica de adenocarcinoma de colo uterino foi relatada em caso clínico tratado em uma clínica particular no município de João Pessoa. Duas revisões de literatura deste volume deram destaque a qualidade de vida e saúde da população idosa. Na primeira revisão, utilizando como descritores os termos obesidade, síndrome metabólica e idoso, discutiu-se sobre os impactos da obesidade e síndrome metabólica no idoso brasileiro. Já a revisão seguinte investigou a incidência e qualidade de vida da população idosa, diagnosticada com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), em publicações disponíveis entre os anos de 2010 e 2018. Os principais fatores que predispõem a hepatotoxicidade de paracetamol e seu mecanismo foram revisados entre julho e dezembro de 2017, com artigos indexados nas bases Scielo, Science Direct, PubMed, Lilacs e Google Acadêmico.

Por fim, a Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança dedica esta edição às Instituições Nova Esperança em menção aos seus 20 anos de fundação, com responsabilidade e dedicação ao ensino de excelência, sendo hoje referência na área da saúde, valorizando a multidisciplinaridade, o desenvolvimento da ciência e preparo de seus alunos para o futuro.

Yasmim Regis Formiga de Sousa
Dr^a em Ciências e Tecnologia de Alimentos
pela Universidade Federal da Paraíba.

ARTIGO ORIGINAL

1- PACIENTES PORTADORES DE FISSURA LABIOPALATAL: UM ESTUDO RETROSPECTIVO	7
Luan Wesdley Ribeiro Maia, Juliana Campos Pinheiro, Everton Freitas de Moraes, Carlos Augusto Galvão Barboza, Bruno Torres Bezerra, Rafaella Bastos Leite	

2- USO DE PLANTAS MEDICINAIS POR IDOSOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL	16
Andréa Raquel Fernandes Carlos da Costa, Francidalva Moraes Cordovil, Márcia Jaqueline de Lima, Wesley Adson Costa Coelho, Eucláudio Cavalcanti Salvador Filho	

3- EBOLA: CONHECIMENTO E HABILIDADE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO	29
Alberto de Sousa Videres Filho, Clístones Lucas Henrique Ferreira, João Onofre Trindade Filho, Matheus Marques Paulo Neto, Maria de Fátima Oliveira dos Santos	

4- ANÁLISE DO USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS POR ESTUDANTES DE MEDICINA DE UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA DE ENSINO	38
Eduardo Brito Souza Nóbrega, Lucas Lopes Fernandes, Arthur Gaia Duarte Peixoto, Tânia Regina Ferreira Cavalcanti	

5- FREQUÊNCIA DE TRICHOMONAS VAGINALIS E GARDNERELLA VAGINALIS EM EXAMES COLPOCITOLÓGICOS REALIZADOS EM UMA REDE DE LABORATÓRIOS PRIVADOS NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA – PB	47
Clélia Mota Xavier, Marcílio Imbassahy Filho, José Tardelly Tavares de Araujo, Arthur Vinícius de Oliveira	

6- ANÁLISE DA INCIDÊNCIA DAS VARIAÇÕES ANATÔMICAS DOS RAMOS DAS ARTÉRIAS CORONÁRIAS	53
Ana Carolina Oliveira da Silva, Leonardo Queiroga Marinho, Lívia Tafnes Almeida de Araújo, Ruan César Teixeira de Carvalho, Tânia Regina Ferreira Cavalcanti	

RELATO DE CASO

7- ANÁLISE HISTOPATOLÓGICA DO ADENOCARCINOMA INVASIVO DE COLO UTERINO: RELATO DE CASO	62
Allana Desirée Teixeira de Oliveira, Cecília Estrela Rodrigues de Castro, João Onofre Trindade Filho, Kaline Daniele de Souza Amaro, Vinicius Nogueira Trajano, Hermann Ferreira Costa	

REVISÃO DE LITERATURA

8- OBESIDADE, SÍNDROME METABÓLICA E IMPACTO NA SAÚDE DO IDOSO BRASILEIRO	71
Daniel Sarmento Bezerra, Camila Irineu Moura Alencar Falcão, Rayza Prado Barreto Santos Ramiro, Felipe Brandão dos Santos Oliveira	

9- QUALIDADE DE VIDA E ASSISTÊNCIA AO PACIENTE IDOSO PORTADOR DE HIV/AIDS: REVISÃO INTEGRATIVA	79
Ivson José Almeida Medeiros Júnior, Fernanda Camilo Madruga de Oliveira Lima, José Gomes Souto, Tainá Rolim Machado Cornélio, Felipe Brandão dos Santos Oliveira, Lara Medeiros Araújo	

10- HEPATOTOXICIDADE DO PARACETAMOL E FATORES PREDISPOANTES

Luciana Vilar Torres, Patrícia da Silva Oliveira, Cibério Landim Macêdo, Tháisa Leite Rolim Wanderley

93

PACIENTES PORTADORES DE FISSURA LABIOPALATAL: UM ESTUDO RETROSPECTIVO

Luan Wesdley Ribeiro Maia^I

Juliana Campos Pinheiro^{II}

Everton Freitas de Morais^{III}

Carlos Augusto Galvão Barboza^{IV}

Bruno Torres Bezerra^V

Rafaella Bastos Leite^{VI*}

RESUMO

O objetivo desse estudo foi determinar o perfil epidemiológico de 115 pacientes portadores de fissura labiopalatal atendidos na SEAFESE (Sociedade Especializada em Atendimento ao Fissurado do Estado de Sergipe), em dois períodos distintos (Janeiro-Setembro de 2010/Janeiro-Setembro de 2015). Foram avaliados dados epidemiológicos como gênero, faixa etária, raça, procedência, renda familiar, hereditariedade, realização do exame pré-natal, presença de malformações congênitas, intercorrências durante a gestação, utilização de drogas e/ou medicamentos durante a gestação, condições de sanitarismo, contato com herbicidas e agrotóxicos, tipos de fissura e tratamento. O gênero feminino teve maior prevalência dos casos, com cerca de 55%, faixa etária predominante 0-4 anos (39%), a raça parda foi a mais encontrada (48%), sendo a maioria dos pacientes proveniente do interior do Estado (54%). Grande parte dos pacientes apresentava baixa condição socioeconômica e o fator hereditariedade teve peso de 63%. As más formações encontradas durante o estudo foram: surdez do ouvido esquerdo, autismo, alteração neurológica, ausência de 2 dedos pés/mãos, seis dedos nos pés, hidrocefalia, agenesia de antebraço e Síndrome de Appert. Apesar do alto índice de mães que realizaram o pré-natal, poucas foram comunicadas sobre a fissura durante a ultrassonografia. A frequência de tabagismo, exposição a herbicidas e agrotóxicos, consumo de ansiolíticos ou anticonvulsivantes foi baixa entre as mães. A fissura mais encontrada nos pacientes entrevistados foi a trans-forame incisivo.

PALAVRAS-CHAVE: Fenda palatina. Fenda labial. Anomalias Craniofaciais.

Cirurgião-dentista graduado pela Universidade Tiradentes^I
ORCID: 0000-0003-1018-1311

Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas na UFRN.^{II}
ORCID: 0000-0001-5687-7635

Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas na UFRN.^{III}
ORCID: 0000-0002-2173-7672

Doutor em Patologia Oral e Professor do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas UFRN.^{IV}
ORCID: 0000-0003-1979-9919

Doutorando em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe e Professor da disciplina Estomatologia da Universidade Tiradentes.^V
ORCID: 0000-0002-8830-9306

Docente da Faculdade Nova Esperança (Facene|Famene).^{VI*}
ORCID: 0000-0002-3304-120X. Autor correspondente: rrafaella_bastos@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A fissura labiopalatina é uma deformidade congênita conhecida por sua etiologia multifatorial.¹ Desenvolve-se nas primeiras semanas de vida intrauterina, geralmente da quarta a oitava, com origem no aparelho branquial ou faríngeo e seus derivados.² As fissuras atingem estruturas da face, tais como os ossos gnáticos, processos alveolares, além do lábio e do palato. Podem ser encontradas de forma isolada, em associação com outras alterações, ou como parte de síndromes.³

Um aspecto relevante no tratamento do paciente fissurado é o seu acompanhamento precoce, o qual deve ser iniciado assim que o paciente for diagnosticado como portador de fissura labiopalatal. Em geral, procedimentos cirúrgicos são iniciados a partir dos três meses de idade, quando o paciente, na maioria das vezes, possui peso adequado para ser submetido a cirurgia reparadora da fissura labial (queiloplastia). Dos 9 aos 18 meses de idade recomenda-se que seja submetido a cirurgia reparadora do palato duro (palatoplastia). Esses procedimentos cirúrgicos devem ser acompanhados e analisados por uma equipe interdisciplinar, composta por cirurgião buco-maxilo, cirurgião plástico, anestesiológico, ortodontista, fonoaudiólogo, psicólogo, enfermeiro, pediatra, cirurgião dentista clínico e nutricionista. Quanto mais precoce for iniciado o tratamento, mais

rápido será o ajustamento desse paciente à sociedade, visto que, indivíduos que apresentem essas deformidades faciais são discriminados e sofrem importantes problemas de origem psicológica.³⁻⁶

No Brasil, um estudo pioneiro, realizado em escolas na cidade de Bauru-SP, encontrou uma prevalência de 1,54 casos para 1.000 pesquisados.⁴ Em Aracaju-SE, essa prevalência é de 0,54 casos para cada 1.000 nascidos vivos.⁵ A Sociedade Especializada no Atendimento ao Fissurado do Estado de Sergipe (SEAFESE) está a 12 anos sendo a única no estado que presta esse tipo de serviço à sociedade. Parceira de hospitais e maternidades da capital e interior do Estado, pacientes são encaminhados ao serviço para avaliação multiprofissional e posterior tratamento clínico – cirúrgico e ainda acompanhamento realizado no Hospital São José, onde fica localizada a SEAFESE.

O objetivo desta pesquisa foi conhecer o perfil epidemiológico de uma série de 115 pacientes, portadores de fissura labiopalatal, atendidos na SEAFESE, para, com base nos resultados, serem criadas novas políticas de saúde junto aos órgãos representantes da saúde no Estado, bem como traçar campanhas preventivas e educativas para os pacientes portadores de fissura labiopalatal.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo caracteriza-se por ser observacional, descritivo, transversal e epidemiológico de uma série de 115 pacientes, atendidos na SEAFESE em dois períodos distintos (Janeiro a Setembro de 2010 e Janeiro a Setembro de 2015). O presente estudo foi

aprovado e protocolado pelo Comitê de Ética da UNIGRANRIO sob o nº. 00540.317.000-09. Todos os pacientes foram examinados e os respectivos pais ou responsáveis submetidos a um questionário, em que foram analisadas as seguintes variantes: idade, raça, tipo de fis-

sura, lado mais acometido, fatores genéticos, presença de algum tipo de anemia, intercorrências durante a gestação, utilização de drogas e/ou medicamentos durante a gestação, hábitos tabagistas, uso de ansiolíticos e/ou anticonvulsivantes, condições de sanitarismo, contato com herbicidas e/ou agrotóxicos, realização do exame pré-natal, quantidade de exame pré-natal feito, a ultrassonografia (US) e visualização da fissura labiopalatal na US.

Foram excluídos da amostra pacientes que não apresentavam capacidade cognitiva para responder ao questionário, menores de idade, desacompanhados de responsáveis legais e pacientes que, por algum motivo, não quiseram participar da pesquisa.

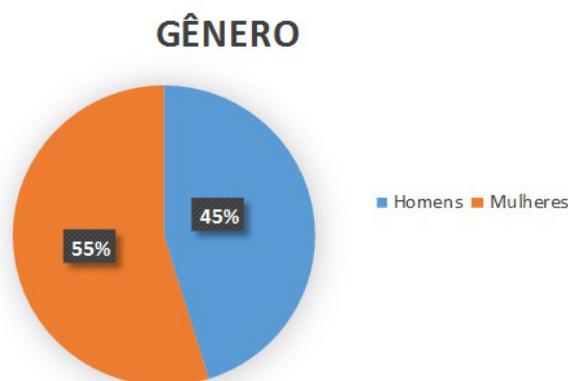
Todos os dados foram tabulados nos programas Word e Excel (2013) e tiveram seus dados representados através de gráficos e tabelas.

RESULTADOS

No presente estudo, o gênero mais acometido pelas fissuras foi o gênero feminino, com 55% dos casos. Já o masculino apresentou

45% dos pacientes, conforme observado no gráfico 1.

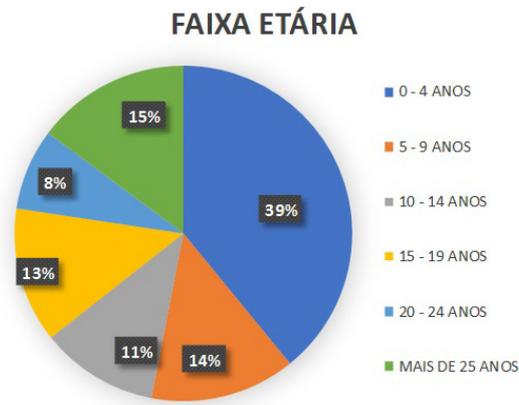
GRÁFICO 1- Distribuição dos pacientes por gênero



Com relação à faixa etária dos pacientes entrevistados no estudo, o grupo etário de 0-4 anos foi o mais acometido com 39% dos casos (45 pacientes), seguido com 15% os pacientes acima de 25 anos de idade (17 pacientes); 5-9

anos com 14% (16 pacientes); 15-19 anos com 13% (15 pacientes); 10-14 anos com 11% (13 pacientes) e por último a faixa etária de 20-24 anos com 8% (9 pacientes) podendo ser observado gráfico 2.

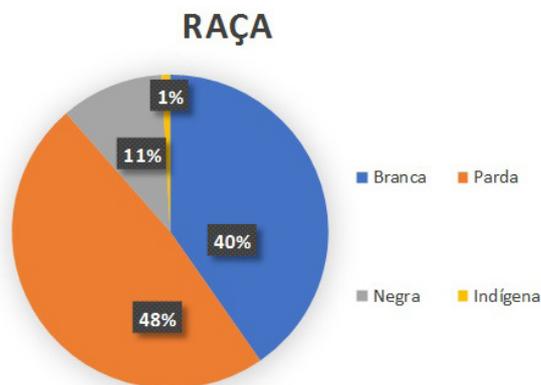
GRÁFICO 2- Distribuição dos pacientes por faixa etária



O gráfico 3 apresenta os resultados em relação à raça e constata-se que a cor parda foi predominante entre os pacientes entrevistados, com cerca de 48% dos casos

(55 pacientes), seguidos dos brancos com 40% (46 pacientes); negros com 11% (12 pacientes); indígena 1% (1 paciente).

GRÁFICO 3- Distribuição dos pacientes por raça

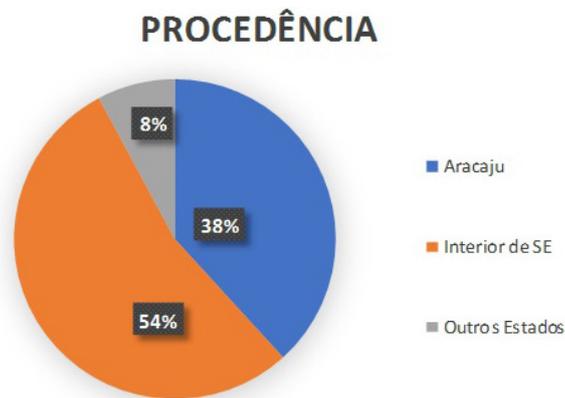


Quanto à procedência dos pacientes, 54% eram provenientes do interior do estado (62 pacientes); 38% da capital Aracaju (44 pa-

cientes); outros Estados 8% (9 pacientes). Resultados podem ser observados no gráfico 4.

GRÁFICO 4- Distribuição dos pacientes por procedência

GRÁFICO 4- Distribuição dos pacientes por procedência



Os gráficos 5 e 6 apresentam os resultados em relação aos tipos de fissura. A fissura trans-forame incisivo apresentou o maior número de casos, com 52 pacientes; seguida pela pós-forame incisivo, com 35 pacientes, e

a pré-forame com 27 pacientes. As fissuras raras de face foram diagnosticadas em apenas 1 paciente durante os períodos de coleta de dados.

GRÁFICO 5- Distribuição dos pacientes quanto ao tipo de fissura

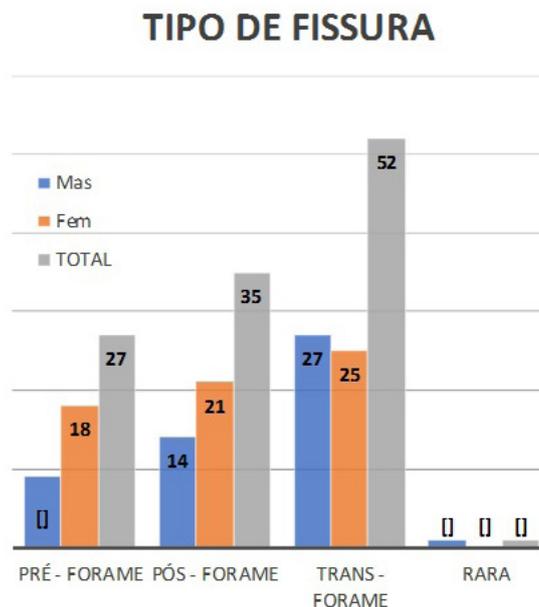
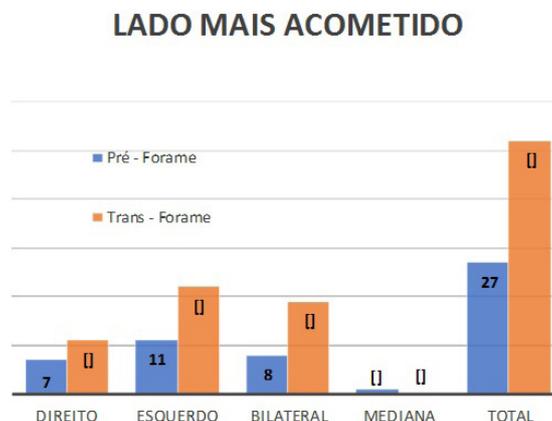


GRÁFICO 6- Distribuição dos pacientes quanto ao tipo de fissura



Das 27 fissuras pré-forame incisivo, 7 eram unilaterais direita, 11 unilaterais esquerdas e 8 bilaterais; 1 mediana, entre as 52 trans-forame incisivo encontradas, 11 eram unilaterais diretas, 22 unilaterais esquerdas e 19 bilaterais. Resultados podem ser observados no gráfico 5 e 6.

Quanto a renda familiar apenas duas categorias foram obtidas. Ou seja, 60% dos pacientes apresentavam renda familiar de 1 a 4 salários mínimos (SM) e 40% dos pacientes menos de 1 SM. As outras categorias não foram encontradas no nosso estudo (4 a 10 SM e mais de 10 SM).

Com relação à hereditariedade, 37% dos pacientes relataram ter na família algum caso de fissura labiopalatal, 63% afirmaram ser o primeiro portador de fissura labiopalatal em suas famílias.

Quanto à realização do exame pré-natal, 79% das mães relatam ter feito o exame. Em relação a US, 75% das mães realizaram, mas apenas 8% das mães foram comunicadas, durante o exame, sobre a fissura labiopalatal.

As más formações congênitas estavam presentes em 8% dos pacientes estudados, e 92% dele não apresentavam qualquer tipo de má formação associada à fissura labiopalatal.

Do total de mães entrevistadas nesse estudo, 16% relataram que houve intercorrências durante a gestação, enquanto 84% relataram não ter tido qualquer intercorrência no período gestacional.

No que se refere ao comportamento das mães, durante a gestação, 6% relataram ter feito uso de algum tipo de droga, quando 94% negou a utilização desses produtos. Apenas 2% utilizaram ansiolítico ou anticonvulsivante. Quanto aos hábitos tabagistas, 14% das mães afirmaram ter feito uso de fumo, durante a gestação, e 86% negaram a utilização do fumo.

Das condições de sanitarismo, 68% apresentavam água encanada e moravam em ruas asfaltadas, enquanto 31% não tinham as mesmas condições. Já 1% relatou não saber.

A SEAFESE segue um protocolo quando se trata da realização de procedimentos cirúrgicos na reabilitação dos pacientes portadores de fissura labiopalatal. Grande número de pacientes da amostra recebeu tratamento na SEAFESE, sendo 47 queiloplastias realizadas pelo serviço, e 43 palatoplastias. Em alguns casos esses procedimentos ocorreram no mesmo ato operatório. Dois pacientes realizaram cirurgias ortognáticas. Quinze pacientes não haviam realizado qualquer tipo de pro-

cedimento cirúrgico, pois ainda não estavam aptos em relação a idade e peso, ou deram

entrada no serviço recentemente, e estavam passando pelas primeiras avaliações.

DISCUSSÃO

As fissuras labiopalatais são conceituadas com alterações faciais de origem embrionária, resultante da falta de fusão dos processos nasais mediais entre si, e desses com os processos maxilares.⁶⁻¹⁰

Dos 115 pacientes com fissura labiopalatal, 55% dos casos eram do sexo feminino, semelhante aos dados encontrados por Altman⁷; Loffredo et al¹¹. Esses resultados discordam dos achados de^{4,12}, em que o sexo feminino é o menos acometido, pelo fato do fechamento da fenda palatina no estado embrionário ser mais precoce no gênero feminino que no masculino.

Em relação a faixa etária dos pacientes entrevistados, o grupo etário de 0-4 anos foi o mais frequente com 39% dos casos (45 pacientes). Esse elevado número de pacientes com pouca idade, deve-se a divulgação que a SEAFESE desempenha. Durante todos esses anos em Sergipe, sempre trabalhando em parceria com hospitais e maternidades, constata-se que o atendimento a pacientes fissurados com pouca idade tem crescido a cada ano. Em relação a faixa etária, 15% dos casos apresentaram pacientes acima de 25 anos de idade (17 pacientes); 5-9 anos com 14% (16 pacientes); 15-19 anos com 13% (15 pacientes); 10-14 anos com 11% (13 pacientes) e por último a faixa etária de 20-24 anos com 8% (9 pacientes). Dados que podem ser comparados aos de Di Ninno et al¹³.

Dos pacientes submetidos ao questionário, a raça prevalente foi a parda, com cerca de 48% dos casos. Dados diferentes aos encontrados por da Costa et al¹⁴. Em relação a proce-

dência, a maioria dos pacientes são provenientes do interior do Estado de Sergipe, cerca de 54% dos entrevistados. Dados semelhantes aos encontrados por Bezerra.⁵

A fissura trans-forame incisivo apresentou o maior número de casos, com cerca de 52 pacientes, seguida da pós-forame e pré-forame, respectivamente. Apenas uma fissura rara de face foi detectada durante o período de coleta de dados, de acordo com Di Ninno et al¹³; Costa et al¹⁴. As fissuras (pré-forame e pós-forame) apresentam incidência no sexo feminino, como descrito por Altman.⁷

Quanto ao lado acometido, obtivemos: 27 fissuras pré-forame incisivo, das quais 7 eram unilaterais direita, 11 unilaterais esquerda e 8 bilaterais. Entre as 52 trans-forame incisivo encontradas, 11 eram unilaterais diretas, 22 unilaterais esquerdas e 19 bilaterais.

Em relação a renda familiar, 60% dos pacientes apresentavam ganhos de 1 a 4 salários mínimos (SM), mensalmente, e o restante dos pacientes menos de 1 salário mínimo. No quesito hereditariedade, 37% dos pacientes têm outros casos de fissura na família e 63% dizem que foram os primeiros a apresentar. A história intrafamiliar parece ser um aspecto importante na etiologia da fissura, pois pode ser um fator de suma importância para que surjam outros casos na família desses pacientes. Dados encontrados são semelhantes aos encontrados por Altman.⁷ Entretanto, vários fatores devem ser levados em consideração quando um paciente é diagnosticado com esse tipo de má formação, o que torna inconclusivo a teoria da geneticidade apenas.

Quanto a realização da US, 75% das mães relataram ter realizado o exame, mas apenas 9% foram informadas durante o procedimento sobre a presença de fissura. Esses baixos índices de visualização, durante a US, devem-se ao fato de dificuldade inerente as fissuras em serem visualizadas durante o exame, a falta de

experiência por parte do profissional que realiza o exame e baixa qualidade dos aparelhos de US utilizados para realização da maioria dos exames. Em relação a má formação congênita, apenas 8% dos pacientes as apresentaram e 92% não mostraram qualquer tipo de má formação associada a fissura.

CONCLUSÃO

O presente estudo demonstra que, mediante os dados obtidos, chegou-se as seguintes constatações: o sexo feminino foi o mais acometido; o grupo etário de 0-4 anos o mais afetado; a cor parda é predominante entre os pacientes entrevistados; a maioria dos pacientes é procedente do interior do Estado de Sergipe; a fissura trans-forame foi a prevalente; a maior parte foi de fissuras unilaterais esquerdas. A maioria dos pacientes tinha renda familiar de 1 a 4 SM; a relação de parentesco mais encontrada foi entre primos; a maior

parte das mães realizou o pré-natal e US, mas em grande parte não houve a visualização da anormalidade. Poucos casos de intercorrências, durante a gestação, foram encontrados e baixo índice de mães fizeram uso de ansiolíticos e/ou anticonvulsivantes. É de suma importância que estudos como estes sejam realizados a fim de serem criadas novas políticas e campanhas de promoção e prevenção de saúde dos pacientes portadores de fissuras labiopalatais.

PATIENTS WITH CLEFT LIP AND PALATE: A RETROSPECTIVE STUDY

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the epidemiological profile of 115 patients with cleft lip and palate treated at SEAFESE (Cleft Patient Specialized Society of Sergipe), in two periods (Jan-Sep, 2011/Jan-Sep 2015). We evaluated epidemiology data such as gender, age, race, origin, family income, inheritance, realization of prenatal examination, presence of congenital malformations, complications during pregnancy, use of drugs and / or drugs during pregnancy, sanitary conditions, contact with herbicides and pesticides, cleft types and treatment. the females have a higher prevalence of cases, with around 55%, predominant age group 0-4 years (39%), the brown race was the most frequent (48%), with most coming from the state patients (54%). Most patients have low socioeconomic status, heredity 63%. The malformations found during the study were deafness of the left ear, autism, neurological changes, and absence of 2 feet/hands fingers, six toes, hydrocephalus, agenesis forearm and Appert syndrome. Despite the high number of mothers who underwent prenatal, little has been reported on the cleft during the ultrasound. The frequency of smoking, exposure to herbicides and pesticides, and consumption of tranquilizers or anticonvulsants was low among mothers of patients with

cleft. The fissure most often found in patients interviewed was the trans-foramen incisive.

KEYWORDS: Cleft palate; Cleft lip; Craniofacial abnormalities.

REFERÊNCIAS

1. Veronez FS, Tavano LD. Modificações psicossociais observadas pós-cirurgia ortognática em pacientes com e sem fissuras labiopalatinas. *Arq Cienc Saude*. 2005;12:133-7.
2. Borges-Osório MR, Robinson WM. *Genética Humana*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.
3. Gorlin R, Cohen M, Hannekam R. *Syndromes of the head and neck*. 4th ed. New York:Oxford University Press; 2001.
4. Nagem Filho H, Moraes N, Rocha RGF. Contribuição para o estudo da prevalência das mas formações congênitas labio- -palatais na população escolar de Bauru. *Rev. Fac. Odontologia São Paulo*. 1968;6:111-28.
5. Melgaço CA, DI Ninno CQMS, Penna LM et al. Aspectos ortodônticos /Ortopédicos e Fonoaudiológicos relacionado a pacientes portadores de fissuras labiopalatinas. *J. Bras. Ortodon. Ortop. Facial*. 2002; 7 (37): 23-32.
6. Altmann EBC. *Fissuras labiopalatinas*. 4. ed. Carapicuíba-SP: Ed. Pró-Fono R. Atual Cient. 1997.
7. Al Omari F, Al-Omari IK. Cleft lip and palate in Jordan: birth prevalence rate. *Cleft Palate Craniofac J*. 2004;41:609-612.
8. Bellis TH, Wohlgenunth B. The incidence of cleft lip and palate deformities in the Southeast of Scotland (1971-1990). *J Orthod*.1999;26:121-125.
9. Baroneza JE, Faria MJSS, Kuasne H. et al. Dados epi-demiológicos de portadores de fissuras labiopalatinas de uma instituição especializada de Londrina, Estado do Paraná. *Acta Sci Health Sci*. 2005; 27 (1): 31-5.
10. Loffredo LCM, Freitas JAS, Grigolli AAG. Prevalências de fissuras orais de 1975 a 1994. *Rev. Saude Publica*. 1994; 35(6): 371-5.
11. Collares MVM, Westphalen ACA, Costa TCD, Goldim Jr. Fissuras lábio-palatinas: incidência e prevalência da patologiano Hospi-tal de Clínicas de Porto Alegre. Um estudo de 10 anos. *Rev AMRIGS*. 1995;39(3):183.
12. Di ninno cqms et al. Levantamento epidemiológico dos pacien-tes portadores de fissura de lábio e/ou palato de um centro especializado de Belo Horizonte. *Rev. CEFAC*. 2011; 13 (6): 1002-8.
13. Da Costa RR, Takeshita WM, Farah GJ. Levantamento epidemiológico de fissuras labiopalatais no município de Maringá e região. *Rev. Paulista Cir Dent* 2013;67(1):40-4.

USO DE PLANTAS MEDICINAIS POR IDOSOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

Andréa Raquel Fernandes Carlos da Costa^{I*}

Francidalva Moraes Cordovil^{II}

Márcia Jaqueline de Lima^{III}

Wesley Adson Costa Coelho^{IV}

Eucláudio Cavalcanti Salvador Filho^V

RESUMO

É comum a população idosa buscar plantas com propriedades diuréticas e calmantes para prevenir ou controlar diversas doenças, entre estas a elevação da pressão arterial. Assim, para que se possa evitar riscos quanto ao uso de plantas medicinais pela população idosa que sofre de hipertensão arterial propôs-se estudar a utilização destas plantas, suas indicações terapêuticas e os riscos associados ao uso destas. A pesquisa foi um estudo quantitativo, de caráter descritivo e exploratório e de corte transversal e foi realizada em Centro Geriátrico e Centro de Referência de Assistência Social, localizados no município de Mossoró-RN. O estudo foi enviado para comitê de ética e após aprovação realizada coleta de dados. O levantamento dos dados foi realizado entre os meses de setembro a novembro de 2017, por meio de aplicação de formulário contínuo, sendo a pesquisa constituída de 37 idosos. Os dados foram expressos em valores de média, bem como frequência simples e percentagem. A presente pesquisa levantou informações relevantes sobre os riscos associados ao uso das plantas medicinais por idosos portadores de hipertensão arterial, e permitiu a orientação quanto ao uso correto. Os idosos fazem uso de plantas medicinais, com a finalidade de prevenir ou tratar alguma doença. Mesmo possuindo o conhecimento empírico sobre o uso destas, consomem pela automedicação, acreditando no poder da prevenção, tratamento e cura de doenças. Os resultados obtidos neste estudo reforçam a importância de programas de educação em saúde direcionados aos idosos, por ser esta faixa etária vulnerável.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do Idoso. Plantas Mediciniais. Hipertensão Arterial. Envelhecimento.

Engenheira Agrônoma, Professora Doutora da Faculdade Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN.^I
Mossoró, RN, Brasil. ORCID: 0000-0001-9128-5926
Autor correspondente: andreacosta@facenemossoro.com.br

Enfermeira, formada pela Faculdade Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN. Mossoró, RN, Brasil.^{II}
ORCID: 0000-0002-8680-3861

Enfermeira. Professora da Faculdade Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN. Mossoró, RN, Brasil.^{III}
ORCID: 0000-0002-4924-0502

Acadêmico do Curso de Enfermagem da Faculdade Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, Brasil.^{IV}
ORCID: 0000-0003-1069-9321

Médico veterinário. Professor Doutor da Faculdade Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, Brasil.^V
ORCID: 0000-0001-9130-4488

INTRODUÇÃO

Desde a Antiguidade, o homem faz uso de plantas medicinais com a finalidade de prevenir e curar diversas doenças. Essa tradição iniciou-se na China há mais de 3000 anos a.C, prática essa que até hoje é utilizada pelo conhecimento herdado de seus antepassados¹.

No Brasil, a utilização popular das plantas medicinais é originada dos povos indígenas, que as utilizavam tanto para fins terapêuticos, quanto para rituais religiosos. Os africanos, junto com os índios e europeus, foram os responsáveis pela formação da base do conhecimento cultural e biológico acerca das plantas úteis no Brasil².

Esse conhecimento foi sendo repassado de geração para geração entre os povos, nações e tribos. Todavia, com o decorrer dos anos e o advento da medicina, este conhecimento passou por algum tempo desvalorizado pelos profissionais de saúde que começaram a focar no tratamento alopático³.

Entretanto, o alto custo destes fármacos, o difícil acesso, os seus efeitos colaterais, bem como nos dias atuais, o uso crescente de produtos de origem natural, contribuíram para o ressurgimento do uso de plantas medicinais⁴.

A utilização destas plantas com propriedades terapêuticas ocorre com maior frequência em famílias ou comunidades de baixa renda, que acabam encontrando alternativas em tratamentos naturais, sem ao menos conhecer os efeitos colaterais e os riscos que esses medicamentos possam oferecer. São pessoas com poucas informações quanto a sua forma de utilização e seus princípios tóxicos presentes⁵.

Em grande parte, essas pessoas são grupo de idosos, o que certamente desperta inúmeras preocupações, pois os idosos estão em processo de degeneração orgânica, o que de certa forma dificulta o curso dos princípios ativos das ervas no organismo, além de muitos

possuírem órgãos cujo funcionamento já não é suficientemente adequado⁵.

São comumente usadas por essa população plantas com propriedades diuréticas e calmantes para prevenir ou controlar a elevação da pressão arterial⁶. Em parte, isso se deve ao fato das dificuldades de adesão ao tratamento convencional (farmacológico), contribuindo para as taxas de abandono e busca de outros métodos.

Porém, o consumo de determinada droga vegetal, pode ser um risco para o idoso devido as possíveis reações adversas provocadas. Algumas das consequências negativas do uso de medicações, sem critérios, sejam fitoterápicos ou medicamentos alopáticos são a desidratação, toxicidade pelo uso constante, gastrite, hipotensão e sedação, que devem ser constantemente avaliadas⁷.

Outro aspecto que deve ser ressaltado é que a planta somente apresenta valor medicinal, quando usada de maneira correta, devido aos riscos de intoxicação e surgimento de efeitos colaterais, já que estas produzem substâncias químicas que podem atuar benéficamente ou agirem de forma tóxica sobre o organismo. Assim, deve-se atentar quanto ao seu uso diário, dosagem e intervalos, evitando maiores complicações⁷.

Nesse sentido, para que se possa evitar riscos, quanto ao uso de plantas medicinais pela população idosa com hipertensão arterial, propôs-se estudar a utilização destas plantas entre idosos e os seus efeitos aliando o conhecimento popular ao científico. Apesar de boa parte da população fazer o uso de plantas medicinais, ainda são poucos os estudos que abordam a questão do uso dos recursos da flora por idosos, sendo necessário um maior investimento por parte dos pesquisadores na busca de fornecer informações as pessoas.

MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa trata-se de um estudo quantitativo, de caráter descritivo e exploratório, de corte transversal e foi realizada no Centro Geriátrico Dia Madalena Aires e no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS/Alto do São Manoel), localizados no município de Mossoró-RN, após a aprovação do comitê de ética. O Centro Geriátrico e o CRAS são de responsabilidade da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social de Mossoró/RN.

A escolha dos locais deu-se pelo fato de apresentarem um maior número de atendimentos a idosos e, desta forma, as avaliações permitirão abranger um maior número de pessoas na terceira idade. A informação sobre o número de usuários idosos cadastrados em cada unidade foi obtida por meio da Secretária Municipal de Desenvolvimento Social de Mossoró/RN.

A população de estudo foi constituída por idosos do município de Mossoró/RN. Para coleta de dados, os idosos foram escolhidos aleatoriamente, obedecendo ao critério da abordagem oportuna.

Considerando-se uma população de 37 elementos, a amostra foi não probabilística por conveniência, na qual trabalhou-se com a totalidade (n=37) adotando-se, dentre a população selecionada, um total de 37 idosos.

A partir da adesão espontânea ao convite para participação na pesquisa, foi realizada a aplicação do formulário, possibilitando reunir informações que interessam ao estudo. Os critérios de inclusão utilizados no estudo foram homens e mulheres que estavam:

- Cadastrados no local de estudo;
- Idade igual ou superior a 60 anos;

Já os critérios de exclusão foram:

- Doença física ou mental que impossibilitassem a aplicação do formulário, bem como a ausência dos idosos nos dias de coleta de dados

O levantamento de dados foi realizado nos meses de setembro a novembro de 2017, por meio de aplicação de formulário contínuo, elaborado com base em autores como Oliveira et al.⁸ e Silva-Hah⁹. O formulário foi respondido pelos idosos cadastrados no Centro Geriátrico Dia Madalena Aires e no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS/Alto do São Manoel) no município de Mossoró/RN, com prévia autorização escrita. Os idosos foram informados sobre o anonimato na utilização dos dados para a pesquisa e que, qualquer dúvida sobre o presente estudo, poderia ser esclarecida com a pesquisadora associada e pesquisadora responsável. O formulário consistiu de questões abrangentes (perfil socioeconômico e demográfico) e questões específicas sobre o consumo de plantas pelos idosos.

Os dados foram expressos em valores de média, bem como frequência simples e percentagem por meio do programa Microsoft Excel, verificando a utilização de plantas medicinais pelos idosos, os tipos de plantas mais consumidas, acompanhamento e indicação do médico e entre outras variáveis.

Quanto aos aspectos éticos, o estudo seguiu os termos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (RNS) 466/2012, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos com interesse organizado, de caráter consultivo, educativo e formulador de diretrizes e estratégias no âmbito do conselho e foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança/FACENE/PB, e aprovado sob número de protocolo CAAE: 78985317.9.0000.5179 e número

ro de parecer 2.460.303. Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança

(FACENE), foi realizada a coleta de dados.

RESULTADOS E DICUSSÃO

A média de idade dos idosos do estudo foi de 46% entre 70 a 79 anos, sendo que 24% eram do sexo masculino e 76% feminino (TABELA 1). Resultado semelhante foi encontrado por Feijó et.al.³, ao avaliar a utilização de plantas medicinais utilizadas por idosos com diagnóstico de *Diabetes Mellitus* no tratamento dos sintomas da doença, no qual identificaram maiores percentuais de idosos do sexo feminino (55%) com idade entre 60 e 77 anos. Tais resultados podem ser explicados pelo fato de uma maior participação das mulheres no grupo de idosos, levando a crer que as idosas aparentam um maior interesse em participar de atividades educativas e de lazer, ou ainda que, mesmo após a aposentadoria, os homens procuram exercer alguma profissão, preferindo dedicar seu tempo livre a alguma atividade remunerada, sobrando menos tempo para se dedicar a atividades de lazer e aos recursos da comunidade⁶.

A maioria dos idosos são viúvos (43%) e apresentam renda familiar de até 1 salário mínimo (73%). Alguns autores, ao avaliar a utilização de plantas medicinais, com atividade antimicrobiana por usuários do serviço público de saúde em Campina Grande – Paraíba, identificaram que a renda familiar 61,4% (n= 135) dos pesquisados situou-se entre 1 e 2 salários mínimos¹⁰. Tal fato, provavelmente seja explicado pelo baixo poder aquisitivo da população, que não tem como custear suas necessidades básicas de saúde.

Em relação ao grau de escolaridade, a maior parte dos idosos possui ensino básico

(41%). Foi verificado que era maior o número de mulheres idosas com ensino básico (67%), em relação aos homens idosos (33%). O maior uso de plantas medicinais entre as mulheres, evidencia que estas são maiores detentoras de conhecimento sobre o uso de ervas com propriedades medicinais. Re-tratando com este um fato histórico, já que, o uso de ervas medicinais remonta a tribos primitivas em que as mulheres estavam à frente de extrair os princípios ativos de plantas para usá-los na cura de doenças¹¹.

Em se tratando da prática de atividade física foi verificado neste artigo que 73% dos idosos praticam exercícios físicos e 27% não praticam, isto pode ser explicado pelo fato de que um programa de exercícios nesta faixa etária tem o objetivo de elevar a qualidade de vida destes indivíduos, além de preservar ou melhorar a autonomia, bem como minimizar ou retardar os efeitos da idade, mostrando a importância de respeitar sempre as limitações próprias desta fase da vida, para que se possa obter os resultados e benefícios esperados, tanto físicos quanto psicológicos¹².

Com relação ao uso de tabaco ou bebida alcoólica, 92% da população idosa não faz uso, apresentando benefícios à saúde destes. Corroborando com este estudo poucas são as pesquisas que relatam o impacto do uso de álcool e cigarro na vida dos idosos, especialmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil, em que a população idosa vem crescendo¹³.

Porém, do ponto de vista da Saúde Pública, os cinco mais importantes fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis são o

tabagismo, o consumo de álcool, a obesidade ou sobrepeso, sedentarismo e a dislipidemia¹³.

O tabaco é um dos mais potentes agentes carcinogênicos para o ser humano e seu consumo, assim como a exposição a fumaça produzida pelo fumante, são identificados

como a maior causa passível de prevenção de doenças. O consumo aumentado de álcool está associado à hipertensão arterial, à cirrose, ao acidente vascular hemorrágico e aos cânceres da orofaringe, laringe, esôfago e fígado¹³.

TABELA 1- Caracterização dos idosos do Centro Geriátrico Dia Madalena Aires e do Centro de Referência de Assistência Social Alto do São Manoel – Mossoró/RN.

Variáveis	n (pessoas)	%
Gênero		
Homem	9	24,0
Mulher	28	76,0
Idade		
60 – 69	14	1
70 - 79	17	4
80 – 89	5	13,0
90 – 99	1	3,0
Estado Civil		
Casado(a)	9	24,0
Solteiro(a)	7	19,0
Separado(a)/divorciado)	5	14,0
União estável	0	0,0
Viúvo	16	43,0
Renda Familiar		
Até 1 salário mínimo	27	73,0
De 1 a 3 salários mínimos	10	27,0
3 a 5 salários mínimos	0	0,0
Mais de 5 salários mínimos	0	0,0
Grau de escolaridade		
Sem estudo	4	11,0
Ensino básico	15	41,0
Ensino fundamental	10	27,0
Ensino médio	6	16,0
Ensino superior	2	5

Pratica alguma atividade física?		
Sim	27	73,0
Não	10	27,0
Faz uso de tabaco ou bebida alcoólica?		
Sim	3	8,0
Não	34	92,0

Ao avaliar o número de idosos com hipertensão, identificou-se que 43% da população possui hipertensão arterial (TABELA 2). Número bastante significativo, visto que na grande maioria das vezes é assintomática e quando existem sintomas, geralmente apresentam lesões de órgãos-alvo¹⁴.

O elevado número de pacientes com idade superior a 60 anos é característica de populações portadoras de hipertensão, fato corroborado pelas VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão¹⁵, que sugerem relação entre elevação dos níveis pressóricos e a idade, com prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica superior a 60 % na faixa etária acima de 65 anos¹⁶.

No que diz respeito ao resultado ob-

tido, em relação ao uso de medicamentos alopáticos, 43% dos idosos fazem uso destes, sendo utilizado com mais frequência Losartana Potássica (22%) e geralmente grande parte dos idosos faz o uso de anti-hipertensivos entre uma a duas vezes ao dia (44%).

Os idosos hipertensos devem ser tratados objetivando a redução da pressão arterial (PA). A introdução de anti-hipertensivo deve ser feita por médicos em doses baixas e, se necessário, com aumento gradual, porém sem perder de vista o alvo de PA desejado. Os pacientes devem ser educados em relação a doença, durante as consultas médicas, sempre que possível em grupos com assistência multiprofissional¹⁶.

TABELA 2- Caracterização dos idosos com relação a Hipertensão Arterial do Centro Geriátrico Dia Madalena Aires e do Centro de Referência de Assistência Social Alto do São Manoel – Mossoró/RN.

Variáveis	n (pessoas)	%
Idosos com hipertensão arterial		
Sim	16	43,0
Não	21	57,0
Medicamento alopático da Hipertensão Arterial		
Sim	16	43,0
Não	21	57,0
Tipos de medicamentos alopático para Hipertensão arterial		
Enalapril	3	19,0
Captopril	3	19,0
Atenolol	2	12,0

Tipos de medicamentos alopático para Hipertensão arterial

Candesartana cilexetila	1	6,5
Lozartana potássica	4	25,0
Succinato de metoprolol	1	6,5
Não lembra	2	12,0

Quantas vezes ao dia

1 x ao dia	7	44,0
2 x ao dia	7	44,0
3 x ao dia	0	0,0
Não lembra	2	12,0

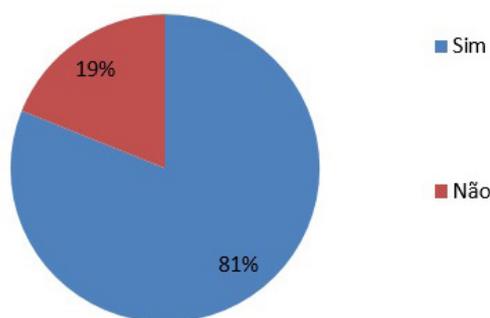
O Brasil tem uma rica história de uso das plantas medicinais no tratamento dos problemas de saúde da população, uso este construído com base na experiência popular, sendo transmitido através de gerações¹⁷.

As plantas medicinais correspondem as mais antigas “armas” empregadas pelo homem no tratamento de enfermidades de todos os tipos, ou seja, a utilização de plantas

na prevenção e/ou na cura de doenças é um hábito que sempre existiu na história da humanidade¹⁸.

Quanto a utilização das plantas medicinais, foi observado que 81% dos idosos as utilizam com a finalidade de prevenir, tratar alguma enfermidade (FIGURA 1), sendo 53% destes portadores de hipertensão arterial.

FIGURA 1- Uso de Plantas Mediciniais por idosos do Centro Geriátrico Dia Madalena Aires e do Centro de Referência de Assistência Social Alto do São Manoel - Mossoró/RN.



As plantas medicinais com maior prevalência no grupo de idosos foram: erva cidreira (17%), boldo (13%), hortelã (13%), capim santo (13%), camomila (8%). Porém, não houve nenhuma associação com a hipertensão arterial diferindo assim da literatura, pois al-

gumas destas plantas podem auxiliar no tratamento da hipertensão arterial, desde que tenha orientação de profissionais da saúde para fazer o uso de forma correta.

A *Melissa Officinalis L.* vem da Família Botânica chamada Lamiaceae (Labiatae),

popularmente conhecida como melissa, erva-cidreira ou cidreira. As partes utilizadas desta planta são as folhas, ou a própria planta florida as quais são empregadas na forma de infusão, decocção, ou por extrato fluido. São de propriedade carminativa, estimulante, tônico, sedativo, anti-histérico.¹⁹ A Anvisa reitera que ela pode potencializar o efeito de medicamentos sedativos. Possui também atividade fungicida, bactericida, antidiarreica, atua como anti-inflamatório, antiespasmódico, hipotensor, anticonvulsivo, analgésico, antiemético, antirreumático, antisséptico e tratamento de distúrbios nervosos e febres e gastrointestinais²⁰.

O *Pneumus Boldus* (boldo) é indicado para o tratamento de problemas no fígado, digestão, gastrite e azia, porém deve-se ficar bastante atento ao seu uso pois, segundo relato de alguns autores, o boldo eleva a pressão arterial, daí a importância do conhecimento das ervas e da indicação por profissional de saúde²⁰. Possui também efeito antioxidante. Em sua composição, há uma concentração relativa de alcaloides e fenólicos de boldo e suas atividades sugerem que o efeito de eliminação de radicais livres é principalmente devido a catequina e flavonoides. Já o efeito antioxidante está relacionado principalmente com o conteúdo de catequinas²¹.

Mentha x Villosa L., conhecida como hortelã, é uma erva aromática que possui suas folhas na cor verde escura. Essa planta contém óleo essencial principalmente em suas folhas. Sua ação pode ser como antiespasmódico, anti-inflamatório e antiviral. Sendo também utilizada para tratar a má-digestão e sensação de flatulência, formação de gases. O chá é preparado principalmente por infusão e com as folhas frescas, para evitar que seus princípios ativos se evaporem. Utiliza-se 1,5 g de folhas em 150 ml de água para o preparo do chá e recomenda-se utilizar de 2 a

4 vezes por dia²².

A hortelã é citada, pela maioria dos idosos, para melhorar a digestão e utilizada em casos de verminoses, resultado este coincidente com a literatura. Entre os diversos efeitos colaterais que podem ser desencadeados pelo uso indiscriminado da Hortelã está a inibição da absorção do ferro, potencialização da ação de fármacos, aumento dos hormônios folículo estimulante e testosterona, além de minimizar efeito antissupressor no organismo¹⁸.

O *Cymbopogon Citratus* (DC) Stapf. é conhecido popularmente por diversos nomes como capim-limão, capim-santo, capim-cidreira e capim de cheiro, originário do velho mundo, porém muito cultivado no Brasil. É uma erva aromática cujas folhas possuem um cheiro que lembra o limão. O chá preparado dessa planta tem ação calmante e uma ação analgésica. Pode ser usado em crises de cólicas uterinas e intestinais por conter uma substância conhecida como mirceno, como calmante suave²⁰. O chá do capim santo é feito por infusão, pois se utiliza as folhas. A RDC 10 de 2010 preconiza utilizar de 1 a 3g da folha em 150 ml de água e fazer a ingestão de uma xícara de chá 2 a 3 vezes ao dia²³. O *Cymbopogon Citratus* (DC) Stapf tem se mostrado eficaz no auxílio do tratamento da hipertensão arterial, possui efeito calmante, antiespasmolítico, analgésico e bom sinergismo com antibióticos. Essas ações terapêuticas são produzidas, principalmente, pelo citral, composto do óleo essencial desta erva²⁴.

Conhecida popularmente como camomila-vulgar, camomila, camomila-alemã, maçania ou maçanilia a *Matricaria Chamomilla* é uma planta da família Asteraceae. A camomila é originária da Europa. É indicada para má digestão, cólica uterina, sedativa, para queimaduras de sol, conjuntivite e olhos cansados (uso de compressas), vermífugo, dores musculares, tensão menstrual, estres-

se, insônia, diarreia, inflamações das vias urinárias. Misturado ao chá de hortelã com mel, é utilizada no combate gripes e resfriados, para hemorroidas, para o fígado, antialérgico, dores de reumatismos, nevralgias e age como sudorífico. Estudos de *M. Chamomilla* em seres humanos são limitados e os estudos clínicos para examinar as supostas propriedades sedativas do chá de camomila estão ausentes²⁵.

Principal modo de preparo das plantas medicinais foi a infusão com 70%, utilizada uma vez ao dia (44%), pois são naturais e não fazem mal a saúde²⁴ (TABELA 3). Outro estudo mostra o modo de preparo: como primeira escolha foi relatada a infusão, essa técnica ocorre com a fervura da água, seguida da imersão da planta e abafamento por tempo determinado¹⁸.

TABELA 3- Caracterização dos idosos quanto a utilização das Plantas Medicinais do Centro Geriátrico Dia Madalena Aires e do Centro de Referência de Assistência Social Alto do São Manoel – Mosoró/RN.

Variáveis	n (pessoas)	%
Usa ou já fez uso de plantas medicinais (chás)?		
Sim	30	81,0
Não	7	19,0
Como prepara?		
Infusão	21	70,0
Decocção	8	27,0
Maceração	1	3,0
Outros	0	0,0
Qual motivo do uso das plantas medicinais?		
Mal estar	6	20,0
Doença	6	20,0
Complemento ao tratamento da hipertensão arterial	2	7,0
Opção	0	0
Preferência	13	43,0
Insônia	3	10,0
Quantas vezes faz uso das plantas medicinais?		
1 x ao dia	13	44,0
2 x ao dia	7	23,0
3 x ao dia	1	3,0
1 x por semana	2	7,0
2 x por semana	1	3,0
3 x por semana	4	14,0
4 x por semana	1	3,0

1 x por mês	1	3,0
Efeito colateral após o uso de plantas medicinais?		
Sim	0	0,0
Não	30	100,0
O uso das plantas medicinais teve acompanhamento de algum profissional de saúde?		
Sim	3	10,0
Não	27	90,0
Você informa ao seu médico o hábito de tomar chás medicinais?		
Sim	10	33,0
Não	20	67,0
Foi prescrito por quem?		
Parente/vizinho	5	17,0
TV/internet	1	3,0
Automedicação	24	80,0
Profissional de saúde	0	0,0
Outros	0	0,0
Tem conhecimento sobre os possíveis riscos procedentes do uso indevido ou incorreto de plantas medicinais? ?		
Sim	8	27,0
Não	22	73,0

Entretanto, os profissionais de saúde devem ficar atentos a este uso, já que são comuns os conceitos equivocados a respeito de sua segurança e finalidade. O fato de uma substância ser designada “natural” não quer dizer que ela seja isenta de riscos²⁶.

Quanto ao motivo de uso, 20% dos idosos utilizam para mal-estar 43% por preferência, 20% por doença, 7% por complemento ao tratamento da PA e 10% por insônia. Com relação ao efeito colateral, 100% dos idosos não sentem nenhum efeito colateral após o uso, e ainda assim, afirmam que não informam ao médico sobre o hábito de tomar chás medicinais (67%). Por outro lado, a falta de comunicação entre médico e paciente pode dificultar o monitoramento de possíveis reações adversas e interações medicamentosas, sendo necessário que os profissionais da

área da saúde saibam questionar seus pacientes não só sobre os medicamentos convencionais, mas também sobre o uso de plantas medicinais²⁷.

Além disso, 80% dos idosos fazem uso das plantas por automedicação e 73% desconhecem os possíveis riscos do uso indevido, ou incorreto das plantas medicinais. As plantas medicinais devem ser utilizadas com muito cuidado, pois não é apenas um “chazinho”, elas têm muitos efeitos, inclusive a toxicidade quando utilizada por muito tempo a mesma planta. Não se pode comprar plantas medicinais em qualquer lugar ou utilizar a planta de qualquer lugar, pois tem os riscos de contaminação²⁷.

A identificação errônea das espécies vegetais, forma de preparo incorreta e o uso indiscriminado também são perigosos, po-

dendo levar a superdosagem, ineficácia terapêutica e efeitos indesejáveis, o que pode acarretar sérios danos a saúde²⁸.

Verificou-se que a utilização de plantas medicinais por idosos, ainda é bastante difundida, fazendo-se necessária a realização de estudos que busquem resgatar o saber popular relacionado com o conhecimento científico, visto que, seja levado em consideração no planejamento das políticas de saúde em nosso país, norteando estratégias que visem a boa execução dessa terapêutica complementar²⁸. Além disso, é importante destacar que a fitoterapia continua sendo utilizada

como instrumento terapêutico, dispondo de medicamentos fitoterápicos e drogas vegetais tão eficazes e seguras quanto os medicamentos sintéticos.

No entanto, o uso de plantas medicinais como coadjuvante para o tratamento de doenças crônicas requer estudos farmacológicos preliminares do quadro clínico de cada indivíduo, por profissional habilitado, bem como orientações acerca de seu uso racional e possíveis interações, uma vez que esse tipo de terapia também pode apresentar riscos associados²⁹.

CONCLUSÃO

Os idosos fazem uso de plantas medicinais com a finalidade de prevenir, ou tratar alguma doença. Mesmo possuindo o conhecimento empírico sobre o uso destas, estes consomem ervas medicinais pela automedicação,

acreditando no poder da prevenção, tratamento e cura de doenças. Porém, a população idosa desconhece os efeitos tóxicos da utilização inadequada das plantas medicinais.

USE OF MEDICINAL PLANTS BY ELDERLY WITH ARTERIAL HYPERTENSION

ABSTRACT

It is common for the elderly population to seek plants with diuretic and calming properties to prevent or control various diseases, including elevated blood pressure. Thus, in order to avoid risks related to the use of medicinal plants by the elderly population suffering from hypertension, it was proposed to study the use of these plants, their therapeutic indications and the risks associated with their use. The research was a quantitative, descriptive and exploratory cross-sectional study and was carried out at the Geriatric Center and the Social Assistance Referral Center located in the municipality of Mossoró-RN. The study was sent to the Ethics Committee and after approval was given the data collection started. Data collection was carried out between September and November 2017, through the application of a continuous form, and the survey consisted of 37 elderly people. The data were expressed in mean values as well as simple frequency and percentage. The present research raised relevant information on the risks associated with the use of these by elderly people with arterial hypertension, and allowed the orientation regarding the correct use of medicinal

plants. Therefore, it is evident that the elderly make use of medicinal plants, with the purpose of preventing or treating some disease. Even knowing about their use, they consume by self-medication, believing in the power of prevention, treatment and cure of diseases. It is concluded that the results obtained in this study reinforce the importance of health education programs directed to the elderly, because this is a vulnerable age group.

KEYWORDS: Elderly; Medicinal plants; Arterial hypertension; Aging.

REFERÊNCIAS

1. Braga CM. Histórico da Utilização de Plantas Medicinais [trabalho de conclusão de curso]. Brasília: Universidade de Brasília/Universidade Estadual de Goiás, 2011.
2. Silva NCB. Uso de plantas medicinais na comunidade quilombola da Barra II – Bahia, Brasil. *Boletim Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas*. 2012;11(5):435-453.
3. Feijó AM, Bueno MEN, Ceolin T, Linck CL, Schwartz E, Lange C, Meincke SMK, Heck RM, Barbier, RL, Heiden G. Plantas medicinais utilizadas por idosos com diagnóstico de Diabetes mellitus no tratamento dos sintomas da doença. *Rev. Bras. Plantas Med.* [online], 2008;14(1):50-56.
4. Balbinot S. Reconhecimento e uso de plantas medicinais pelos idosos do Município de Marmeleiro - Paraná. *Rev Bras Plantas Med.* 2013;15(4):632-638.
5. Oliveira Junior RG. Plantas Medicinais Utilizadas Por Um Grupo De Idosos Do Município De Petrolina, Pernambuco. *Revista Eletr. Farm.* 2012;9(3):16 - 28.
6. Oliveira CJ. Plantas medicinais: usos e crenças de idosos portadores de hipertensão arterial. *Rev. Eletr. Enf.* 2007;9(1):93-105.
7. Ventura MF. Uso de Plantas Medicinais por Grupo de Idosos de Unidade de Saúde de Campo Grande Rio de Janeiro: uma discussão para a implementação da fitoterapia local: [trabalho de conclusão de curso]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2012.
8. Oliveira EB. Uso de Plantas Medicinais por Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica. *Ensaio Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde.* 2014;18(3):137-142.
9. Silva BQ. Uso de plantas medicinais por indivíduos com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus ou dislipidemias. *R. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde.* 2011;2(3):36-40.
10. Souza CMP. Utilização de Plantas Medicinais com Atividade Antimicrobiana por Usuários do Serviço Público de Saúde em Campina Grande – Paraíba. *Rev. Bras. Pl. Med.* 2013;15(2):188-193.
11. Lima DF. Conhecimento e uso de plantas medicinais por usuários de duas unidades básicas de saúde. *Rev Rene.* 2014;15(3):383-390.
12. Argento RSV. Benefícios da atividade física na saúde e qualidade de vida do idoso [Trabalho de conclusão de curso]. Campinas, SP: [s.n], 2010.
13. Senger AEV. Alcoolismo e tabagismo em ido-

13. relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2011;14(4):713-719.
14. Jobim EFC. Hipertensão Arterial no Idoso: Classificação e peculiaridades. *Rev. Bras. Clin. Med.* 2008;6:250-253.
15. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VII Diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arq Bras Cardiol.* 2016;107(3 supl 3):1-51.
16. Nunes MGS. Uso de plantas medicinais por pessoas com hipertensão. *Rev Rene;* 2015;16(6):775-81.
17. Perrottil TC. Tratamento farmacológico da hipertensão no idoso. *Rev. Bras Hipertens.* 2001;14(1):37-41.
18. Firmo WC, Menezes VJ, Passos CEC, Dias CN, Alves LPL, Dias, ICL, Santos Neto M, Olea RSG. Contexto Histórico, Uso Popular e Concepção Científica Sobre Plantas Medicinais. *Cad. Pesq.* 2011.
19. Grando, TM. Tratado das plantas medicinais {recurso eletrônico}: mineiras, nativas e cultivadas. 1. ed. Dados eletrônicos. Belo Horizonte: Adaequatio Estúdio, 2014. Disponível em: <https://plantasmedicinaismineiras.wordpress.com/>. Acesso em março de 2019.
20. Szerwieski LLD. Uso de plantas medicinais por idosos da atenção primária. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2017.
21. Schmeda-Hirschmann G, Rodriguez JA, Theoduloz C, Astudillo SL, Feresin GE, Tapia A. Free-radical scavengers and antioxidants from *Peumus boldus* Mol. ("Boldo"). *Free Radic Res.* 2003; 37(4):447-52.
22. Lorenzi H. Plantas Medicinais no Brasil: nativas e exóticas. 2ª ed. Nova Odessa: Instituto Plantarum. 2008.
23. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Dispõe sobre alimentos para atletas. Resolução n. 18, de 27 de março de 2010.
24. Pereira PS, Ruyz, LL, Paula J. Ações terapêuticas do capim-santo: uma revisão de literatura therapeutic actions of grass-saint: a literature review. *Revista Saúde em Foco.* 2018.
25. Evangelista CA. O Uso de Plantas Medicinais por Idosos Atendidos em Unidades de Saúde da Família da Região Sul e Palmas-TO [trabalho de conclusão de curso]. Palmas: Centro Universitário Luterano de Palmas, 2016.
26. Bett MS. O uso popular de plantas medicinais utilizadas no tratamento da ansiedade no município de Galvão-SC: [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.
27. Teixeira K. Plantas medicinais que podem causar alteração na pressão arterial e interação com anti-hipertensivos [trabalho de conclusão de curso]. Criciúma: Universidade do Extremo Sul Catarinense; 2011.
28. Oliveira CJ. Caracterização do tratamento não-farmacológico de idosos portadores de hipertensão arterial. *Rev. Rene.* 2010;11(1):76-85.
29. Machado HL. Pesquisa e atividades de extensão em fitoterapia desenvolvidas pela Rede Fito Cerrado: uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos por idosos em Uberlândia-MG. *Rev. Bras. Plantas Med.* 2014;16(3):527-533.

EBOLA: CONHECIMENTO E HABILIDADE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

Alberto de Sousa Videres Filho^I
Clístanes Lucas Henrique Ferreira^{II}
João Onofre Trindade Filho^{III}
Matheus Marques Paulo Neto^{IV}
Maria de Fátima Oliveira dos Santos^{V*}

RESUMO

Devido aos surtos do Ebovirus, as autoridades mundiais de saúde preocupam-se em desenvolver ferramentas para disseminar informações e evitar novas epidemias. O estudo, aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, objetivou verificar o conhecimento e a habilidade dos profissionais de saúde sobre o vírus Ebola, em Unidades de Pronto Atendimento de João Pessoa, na Paraíba. Foi realizada coleta de dados através de um questionário, formulado a partir do “Protocolo de Vigilância e Manejo de Casos Suspeitos de Doença pelo Vírus Ebola (DVE)”, elaborado pelo Ministério da Saúde, aplicado a 30 enfermeiros e a 30 médicos especialistas em clínica médica. Não houve diferença significativa, na maioria das questões, sobre o percentual de acertos entre médicos e enfermeiros, entre os graduados e os pós-graduados, com mais ou com menos de 7 anos de formação. A pergunta sobre quando o paciente pode transmitir o vírus para outras pessoas foi a menos acertada, obtendo apenas 41,7% de acerto entre todos os profissionais. A questão referente à conduta em casos de suspeita de contaminação pelo vírus Ebola obteve 88,3% de certeza entre os médicos e enfermeiros entrevistados. Já a pergunta relacionada à análise epidemiológica, usada para a coleta de informações do paciente suspeito, foi a mais acertada, com percentual de 93,2% entre os grupos avaliados. Este estudo revelou que o conhecimento acerca da doença na população estudada é, ainda, insuficiente para um controle completo de uma possível nova epidemia.

PALAVRAS-CHAVE: Ebovirus. Pesquisa nos Serviços de Saúde. Sistema Único de Saúde.

Discente do curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança,^I
João Pessoa, Paraíba, Brasil. ORCID: 0000-0002-9960-5338
Discente do curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança,^{II}
João Pessoa, Paraíba, Brasil. ORCID: 0000-0001-5832-8197
Discente do curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança,^{III}
João Pessoa, Paraíba, Brasil. ORCID: 0000-0002-1174-6022
Discente do curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança,^{IV}
João Pessoa, Paraíba, Brasil. ORCID: 0000-0002-9037-6874
Doutora em Bioética pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal;
Docente da Faculdade de Medicina Nova Esperança, João Pessoa, Paraíba, Brasil.
ORCID: 0000-0001-5766-4631
Autora Correspondente: fatimadeosantos@hotmail.com^{V*}

INTRODUÇÃO

No continente africano, têm-se registros de mais de 11000 mil mortes em 2015 causadas por surtos de Ebolavirus.¹ Devido a estes episódios, a população mundial retomou as atenções para o causador da doença, o vírus Ebola, que se apresenta ainda de difícil contenção no momento. Os recentes casos importados deste potente vírus, da África para os Estados Unidos, Espanha e Nigéria, causaram grande preocupação com possível ocorrência de uma epidemia.² As altas taxas de letalidade e o elevado número de casos mundiais de Ebolavirus registrados³ têm preocupado as autoridades em desenvolver ferramentas para evitar uma pandemia e para disseminar as informações sobre esta doença de alto risco.^{3,4}

No Brasil, entre os profissionais de saúde e na própria sociedade em geral, a informação sobre o Ebolavirus não é bem difundida ou bem aplicada, o que tende a propiciar um estado de alto risco em casos suspeitos de contaminação por este agente etiológico, visto que o Brasil é um país de fronteiras abertas, de ampla dimensão territorial e com níveis de subdesenvolvimento cultural e científico.¹

A princípio, o gênero Ebolavirus foi descoberto na África pela primeira vez em 1976, quando humanos foram contaminados, possivelmente por macacos. Na República Democrática do Congo e no Sudão, por um agente etiológico da família Filoviridae possuidor de cinco espécies: Zaire, Sudão, Taï Floresta, Bundibugyo e Reston, sendo apenas as quatro primeiras causadoras da doença em humanos.⁵ Tal fato corrobora a variabilidade da espécie e seu potencial em difundir a transmissão da doença, principalmente em casos de surtos. Em média, já ocorreram 25 surtos devastadores no continente africano, com taxas de letalidade variando de 50% a 90% dos casos diagnosticados clinicamente.⁶

Todavia, a doença do Ebolavirus aparenta não ser tão perigosa quanto é, pois é endêmica de regiões africanas e o número elevado de mortes e de infectados é desproporcional ao número ínfimo de casos registrados além do continente africano.⁶ É por este motivo que essa situação ainda não despertou a atenção de autoridades e profissionais de saúde do Brasil de forma eficiente.

O Ebolavirus tem alta capacidade de penetração nas células humanas, o que gera sua alta virulência. O sistema imunológico e o baço são logo afetados, o que favorece a rápida disseminação do vírus.⁷ A transmissão deste pode ocorrer por animais propagadores, como morcegos e macacos, mas da mesma forma que de humanos para humanos, sempre através de fluidos corporais, como sangue, secreções e saliva.^{4,6,8} Todavia, em casos de humanos para humanos, este contágio só acontece após o aparecimento dos sintomas no indivíduo infectado. Nos países africanos, a transmissão do Ebolavirus ocorre frequentemente durante os rituais fúnebres, por práticas como contato físico com os mortos, tratamentos de curandeiros locais com uso de facas não esterilizadas, manuseio de sangue e pela falta de conhecimento específico, uma vez que o vírus tem a sua fase mais contagiosa em instantes antes da morte.⁶

A incubação do vírus varia de 3 a 21 dias e a doença dura 5 a 15 dias, manifestando-se como uma febre hemorrágica, iniciando como síndrome gripal (febre, dor de cabeça, dor articular e dor muscular) e avançando para manifestações gastrointestinais, como diarreia, náuseas e vômitos.^{7,8} As hemorragias, tanto interna quanto externa, atingem de 30% a 80% dos doentes, e sofrem variação com a gravidade da doença.⁵

Isolar o paciente sintomático, contando com a sua colaboração, é fundamental para

conter a transmissão do vírus.^{8,9,10} No Brasil, bem como na maioria dos países do mundo, o Ministério da Saúde exige que todos os profissionais, envolvidos na assistência destes pacientes com suspeita ou confirmação de doença pelo Ebolavirus, utilizem equipamentos de proteção individual (EPI) de acordo com o risco e a situação.^{10,11}

O diagnóstico clínico da doença do Ebolavirus é difícil. Devido a não especificidade dos sintomas^{12,13}, assemelha-se a doenças como febre amarela, dengue hemorrágica e malária. É necessário, dessa forma, diagnóstico laboratorial específico, utilizando-se técnicas de biologia molecular, imunologia e microscopia eletrônica.¹ Contudo, o uso de quimioterápicos, soroterapia ou vacinação específica ainda não são difundidos para o controle dos surtos e prevenção uma vez que ainda não possuem eficácia comprovada, ou estão inacessíveis para as regiões vulneráveis, devido a altos custos ou a baixos interesses comerciais.¹⁴

A doença gerada pelo Ebolavirus é de notificação compulsória imediata no Brasil. O Ministério da Saúde orienta que a notificação deverá ser realizada com o profissional de saúde, ou por meio do serviço responsável por prestar o primeiro atendimento ao paciente,

devendo ser feita através do meio mais rápido disponível.¹⁰

O Brasil não apresentou nenhum caso de Ebola comprovado durante o período de epidemia africana em 2014, apenas suspeitas nos estados do Paraná, São Paulo e Goiás, todas descartadas depois dos devidos exames laboratoriais. Mesmo assim, o Ebolavirus deve requerer atenção constante dos profissionais de saúde, em todas as regiões do país e em todos os serviços de atendimento, desde unidades básicas de saúde a serviços de maior complexidade. Assim, poder-se-á reduzir os riscos de contaminação em casos de suspeita e buscar máxima qualidade de tratamento aos contaminados. Tudo isto ainda configura um desafio para o Brasil do presente.

Os objetivos desta pesquisa foram: analisar o conhecimento e a habilidade dos profissionais de saúde a respeito do Ebolavirus em Unidades de Pronto Atendimento e as estratégias de manejo e transporte adotadas por estes profissionais em casos suspeitos de infecção. Além disso, contribuir caracterizando a situação profissional dos entrevistados, de modo a correlacionar com os resultados obtidos por esta pesquisa.

MATERIAL E MÉTODOS

Coleta de dados

O estudo seguiu os princípios éticos da Declaração de Helsinque e da Resolução 466/12 CNS, sobre pesquisa envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) FACENE/FAMENE, pelo protocolo CEP 77/2015 e CAAE 45445615.4.0000.5179. Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, com abordagem quantitativa.

Entre julho e agosto de 2015, foi reali-

zada a coleta de dados por meio de um questionário composto de treze questões, formulado previamente pelos pesquisadores baseado no “Protocolo de Vigilância e Manejo de Casos Suspeitos de Doença pelo Vírus Ebola (DVE)”, elaborado pelo Ministério da Saúde, no ano de 2014. Este questionário foi aplicado a médicos especialistas em clínica médica e a enfermeiros devidamente graduados que trabalhavam regularmente nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) existentes em João Pessoa (PB),

sendo estas a UPA Oceania e a UPA Célio Pires Sá.

Dentre 32 enfermeiros e 40 médicos da UPA Oceania, e 30 enfermeiros e 50 médicos da UPA Célio Pires de Sá, foram selecionados 15 de cada profissão, nos dois locais, totalizando 60 profissionais escolhidos aleatoriamente, de acordo com a disponibilidade dos contratados das unidades. Os turnos para coleta dos dados também foram escolhidos por conveniência dos pesquisadores e de acordo o horário de trabalho dos profissionais, de modo a ampliar a amostra estudada.

Por fim, foi aplicado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para cada entrevistado, respeitando os aspectos éticos preconizados pela Resolução CNS 466/2012 que implica no respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos.

RESULTADOS E DICUSSÃO

Dentre os 60 profissionais entrevistados sobre seus conhecimentos em relação às formas de contágio e procedimentos necessários para o manejo de pacientes com suspeita de contaminação pelo vírus Ebola, 50% eram médicos e 50% enfermeiros. No que diz respeito a estratificação por sexo, 70% eram do sexo feminino e 30% do masculino. Dos médicos, 13 eram homens (43%); já entre os enfermeiros, apenas 5 (17%). A idade média dos entrevistados era de 34 anos; com relação à idade média distribuída por sexo, para homens foi de 35 anos e para mulheres, 33 anos.

Sobre o tempo de formação acadêmica, a média entre os médicos foi de 8 anos

Análise estatística

Os dados obtidos foram inseridos no programa Microsoft Office Excel 2013 e, após tabulação e montagem do banco, foram submetidos a análises estatísticas descritivas de média, desvio padrão, valores mínimos e máximos e coeficiente de variação de Pearson. As descrições das variáveis foram apresentadas na forma de gráficos e tabelas.

Nas análises estatísticas de comparação foram usados os programas Bioestat. 5.4 e SPSS versão 21. Os dados quantitativos foram testados para normalidade pelo teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) e para comparação, os grupos de entrevistados divididos em profissão (médico ou enfermeiro); graduados e pós-graduados e tempo de formação (menor que 7 anos e maior que 7 anos de formado). Foi usado o teste G com correção de Williams, equivalente ao teste não-paramétrico Qui-quadrado de Pearson para comparação do percentual de acertos entre os grupos. Todos os testes tiveram nível de significância de 5%.

e entre os enfermeiros 6, totalizando 7 anos, em média, para todos os entrevistados. Eles relataram que trabalham há pouco tempo nas UPAs (média de 1,5 anos), com 1,2 anos para os médicos e 2 anos para os enfermeiros, embora exista uma grande variação entre estas características de tempo de formado e de idade dos profissionais entrevistados (Tabela 1). Com relação a pós-graduação, 63,0% apresentam essa formação e o percentual é maior entre os enfermeiros, com 83,3%, sendo esse percentual de 43,3% entre os médicos.

TABELA 1- Medidas descritivas das idades, dos tempos de formados e do tempo de trabalho na UPA, dos entrevistados nas UPAs Oceania e Célio Pires de Sá, nos meses de julho a agosto de 2015.

Medidas descritivas (anos)	Idade	Tempo formado	Tempo UPA
Tamanho da amostra	59	58	60
Mínimo	22	2 meses	1 mês
Máximo	72	43	7
Amplitude Total	50	42,8	6,9
Mediana	30	4	1
Média Aritmética	33,8	7,1	1,5
Desvio Padrão	10,2	9,7	1,5
Coefficiente de Variação	30,1%	136,9%	97,2%

Comparando o conhecimento sobre as formas de contágio e procedimentos necessários para o manejo de pacientes, com suspeita de contaminação pelo vírus Ebola, não houve diferença significativa sobre o percentual de acertos entre os profissionais médicos e enfermeiros [Teste G (Williams) = 0,02; p = 1]; conjuntamente, não houve diferença entre os graduados e pós-graduados [Teste G (Williams) = 0,02; p = 1] e nem entre os formados a menos de 7 anos e a mais de 7 anos [Teste G (Williams) = 0,03; p = 1].

Para todos os entrevistados, a pergunta 8 sobre quando o paciente pode transmitir o vírus a outras pessoas foi a que obteve menos acertos (41,7%), se mostrando a maior dúvida entre os profissionais entrevistados; seguida pela questão 6 (54,4%), sobre os sinais e sintomas mais reconhecíveis entre pacientes com Ebola (Tabela 2). Enquanto que a questão 12, sobre a análise epidemiológica usada para a coleta de informações do paciente suspeito, foi a mais acertada com percentual próximo a 100% entre todos os grupos avaliados.

TABELA 2- Percentual de acerto das questões sobre o conhecimento em relação ao vírus Ebola, entre os entrevistados nas UPAs Oceania e Célio Pires de Sá, nos meses de julho a agosto de 2015.

Percentual de acertos	Perguntas							
	6	7	8	9	10	11	12	13
Geral	54,4%	76,7%	41,7%	78,3%	86,7%	75,0%	93,2%	88,3%
Médicos	60,0%	83,3%	43,3%	96,7%	90,0%	73,3%	100%	86,7%
Enfermeiros	48,1%	70,0%	40,0%	60,0%	83,3%	76,7%	86,7%	90,0%
Graduados	54,5%	81,8%	45,5%	86,4%	90,9%	68,2%	100%	86,4%
Pós-graduados	54,3%	81,8%	39,5%	73,7%	84,2%	78,9%	89,2%	89,5%
Tempo de formação	51,2%	76,7%	44,2%	76,7%	90,7%	79,1%	95,2%	88,4%
Tempo de formação	64,3%	73,3%	33,3%	86,7%	80,0%	73,3%	86,7%	86,7%

Um outro ponto importante a ser destacado se refere ao elucidado na questão 10, em que se obteve 86,7% da média de acerto entre os entrevistados e que se tratava de qual se-

ria a melhor maneira de prevenir a transmissão, consistindo em evitar o contato com os fluidos corporais do paciente infectado.

Quanto ao manejo dos pacientes e

do material contaminado pelo vírus Ebola, a medida mais importante e capaz de controlar um surto da doença é a implementação de rigorosas barreiras de proteção, com práticas adequadas de assepsia e uso de equipamentos de proteção individual (EPIs), além de pre-conizar-se que todo material, que entre em contato com o paciente, seja incinerado o mais rápido possível.^{10,15,16}

Apesar do vírus ser conhecido há décadas, não houve diferença entre as respostas dos profissionais formados há mais ou menos tempo e/ou com títulos de qualificação, sugerindo que, mesmo os graduados mais recentemente e os pós-graduados, não têm, durante a sua formação, conhecimentos sobre a doença em questão. O escasso entendimento obtido sobre o Ebolavirus, até então, e a indiferença governamental dos países afetados fundamentariam o estado de emergência, visto atualmente, em relação a este agente infeccioso.^{14,16}

Justifica-se, assim, a colaboração e a cooperação internacional, principalmente por parte dos países potencialmente passíveis de serem afetados pelo patógeno, bem como a tentativa de evitar uma possível pandemia, uma vez que dentro dos Estados existam ações coletivas que buscam conter a propagação da doença.¹⁷ Reflete-se, pois, em uma espécie de alerta mundial.¹⁸

A transmissão da doença não ocorre durante o período de incubação, o qual varia de 3 a 21 dias, mas sim, a partir do aparecimento dos sintomas.^{19,20} Assim, o alto percentual de erros na questão sobre a sintomatologia pode ser explicado pelo fato do diagnóstico clínico, de início, ser duvidoso, principalmente em áreas não endêmicas, devido à baixa especificidade dos sintomas, que incluem febre, astenia, dores musculares e de cabeça, erupção cutânea, vômitos, diarreias, disfunções hepáticas, insuficiência renal e hemorragias internas e externas.^{7,10,21} Faz-se, portanto, diagnóstico diferencial com outras febres hemorrágicas.¹⁰

Frisa-se que as principais formas de contágio se constituem no contato com fluidos, secreções ou excreções do paciente enfermo, tais como suor, saliva, lágrimas, leite materno, vômito, fezes, líquido seminal e urina, porém não se transmite pelo ar.²¹ Após a aparição dos sinais e sintomas, a enfermidade pode complicar e/ou levar ao óbito entre o dia 6 e 16, contando com uma taxa de letalidade de 24 a 90% devido a rápida deterioração hepática e renal.¹⁸

Outro desafio para os profissionais de saúde é obter o diagnóstico laboratorial rápido e preciso da doença, o qual deve estar disponível em quaisquer casos suspeitos e ser realizado pelos grandes centros de referência. Assim, é imprescindível uma comunicação eficaz entre a equipe de atendimento inicial e a do centro de referência, para que as amostras sejam, depois de colhidas, processadas e o resultado, se positivo, notificado rapidamente, para que procedimentos de manejo e terapêutica sejam realizados.^{10,14}

Com relação à análise epidemiológica para coleta de informações sobre os casos suspeitos de doença pelo vírus Ebola, recomenda-se investigar o histórico de viagem, para verificar uma possível exposição ao vírus, além de identificar pessoas com quem o caso suspeito teve contato.¹⁰ Existem duas classificações quanto à investigação do histórico provável de exposição, que são catalogadas como de exposição primária e secundária: nesta, se enquadram os que mantiveram algum tipo de contato corpo a corpo, tais como os médicos, enfermeiros, técnicos de saúde, cuidadores do lar, pessoas que preparam corpos para celebrações fúnebres e pessoas que tratam animais silvestres para consumo humano; já naquela são os de contato indireto ou que trabalham em regiões endêmicas ou viajam para tais localidades.²¹ Sendo confirmada a suspeita, notifica-se imediatamente às autoridades de saúde competentes.¹⁰

Vale salientar ainda que áreas urbanas apresentam desafios extras no que se refere a implementação de cuidados de saúde de emergência, pois a transmissão em ambientes hospitalares entre a equipe de saúde e os doentes representa um importante potencial de amplificação do surto e de novos elos de transmissão.²²

Até o presente momento, não existe

um medicamento que cure, nem uma vacina que previna de modo direto, porém, foi constatado que o uso de medicamentos antivirais pode contribuir para melhorar a evolução do paciente e recentemente alguns enfermos puderam se recuperar após ser administrado um “soro hiperimune” obtido de pacientes que haviam conseguido superar a enfermidade.²¹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados apresentados e interpretados à luz dos dados registrados entre os profissionais de saúde das UPAs, este estudo revelou que o conhecimento acerca da transmissão, sintomatologia, diagnóstico e tratamento do Ebolavirus na população estudada é, ainda, insuficiente para um controle completo desse perigoso tipo de febre hemorrágica. Como exemplo, tem-se o baixo nível de acerto de questões que tratavam do diagnóstico clínico e do destino do material advindos de pacientes acometidos pelo vírus, além da incerteza nas questões que abordavam as formas e o período de contaminação entre humanos.

Houve limitações para realização deste estudo, tais como o tamanho da amostra, devido existirem apenas duas UPAs em funcionamento no município estudado, no momento da pesquisa, bem como pouco engajamento dos profissionais alvo do estudo, durante ou após a aplicação do questionário, em buscar o conhecimento, se desconhecido ou incerto.

Logo, esta pesquisa tem a finalida-

de de alertar sobre a necessidade de maior informação acerca do ciclo de transmissão e da síndrome do Ebolavirus em possíveis casos suspeitos, sendo de grande importância um maior enfoque na prevenção e na divulgação da forma de contaminação do agente, tanto no universo da saúde (como na saúde pública, através de palestras, oficinas e cartilhas educativas, além da inserção direta no repertório cultural/científico dos graduados na área de saúde), quanto na sociedade civil em geral, com disseminação da informação direta. Desta forma, haverá mais profissionais devidamente habilitados para uma eficiente conduta em casos necessitados.

Outrossim, é crucial o incentivo à sociedade científica junto aos Estados gerais para o desenvolvimento de um tratamento eficaz para essa perigosa enfermidade que, mesmo não ocorrendo em pandemia nem em constância no mundo, a qualquer momento pode requerer potente controle de sua disseminação.

EBOLA: KNOWLEDGE AND SKILLS OF HEALTH PROFESSIONALS IN EMERGENCY CARE UNITS

ABSTRACT

Due to Ebolavirus outbreaks, global health authorities are concerned with the development of tools to disseminate information and prevent further epidemics. Objective: The study, approved by Research Ethics Committees, aimed to verify the knowledge and skills of health professionals on the Ebolavirus in Emergency Care Units of João Pessoa - Paraíba. Data collection was conducted through a questionnaire, formulated from the "Ebola virus disease Surveillance Protocol and Suspected Case Management", prepared by the Ministry of Health, applied to 30 nurses and 30 clinical medical specialized physicians. There was no significant difference in most of the questions on the percentage of correct answers between doctors and nurses, among graduates and postgraduates and those who graduated between more or less than 7 years from the graduation date. The question asked about when does the patient can transmit the virus to other people was the one with least number of correct answers, obtaining only a 41,7% accuracy among all professionals. The question regarding the conduct in cases of suspected contamination by the Ebola virus obtained 88,3% certainty among the doctors and nurses interviewed. The question on the epidemiological analysis used for the collection of suspicious patient information was the one with higher percentage of successful answers, with a percentage of 93,2% in all groups evaluated. This study revealed that knowledge about the disease in the studied population is still insufficient for a complete control of a possible new epidemic.

KEYWORDS: Ebolavirus. Research in Health Services. Unified Health System.

REFERÊNCIAS

1. Ebola Situation Reports. World Health Organization. 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/ebola/en/ebola-situation-reports>. Acesso em: 09/12/2015.
2. 2014 Ebola Outbreak in West Africa - Case Counts. Centers for Disease Control and Prevention. Disponível em: <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/outbreaks/2014-west-africa/case-counts.html>. Acesso em: 08/12/2015.
3. Meltzer MI, Atkins CY, Santibanez S, Knust B, Petersen BW, Ervin ED, et al. Estimating the future number of cases in the ebola epidemic – Liberia and Sierra Leone, 2014-2015. *Morb and Mort Week Rep.* 2014;63(03):1-14.
4. Ansari AA. Clinical features and pathobiology of ebolavirus infection. *J of Aut.* 2014;55:1-9.
5. Rezza G. Ebola: when a nightmare becomes reality. *Ann. Ist. Super. Sanità.* 2014;50(4): 307-8.
6. Leach M. Time to put Ebola in context. *Bull World Health Organ.* 2010;88(7): 488-9.
7. Chippaux JP. Outbreaks of Ebola virus disease in Africa: the beginnings of a tragic saga. *J. Venom. Anim. Toxins Incl. Trop. Dis.* 2014;20(1): 2-14.
8. Cohen J. When Ebola protection fails. *Science* 2014;346:17-8.

9. Fowler RA, Fletcher T, Fischer WA, Lamontagne F, Jacob S, Brett-Major D, et al. Caring for critically ill patients with Ebola virus disease. Perspectives from West Africa. *Am J Respir Crit Care Med.* 2014;190(7):733-7.
10. Protocolo de Vigilância e Manejo de Casos Suspeitos de Doença pelo Vírus Ebola (DVE). Brasil. Ministério da Saúde. Brasília, 2014. Disponível em: <http://infectologia.org.br/pdf/Protocolo_Vigilancia_MS_Brasil_2014.pdf>. Acesso em: 08/12/2015.
11. Cerbino Neto J. Ethical issues in the management of patients with Ebola virus disease. *Cad. Saúde Pública.* 2014;30(11): 2256-58.
12. Roddy P, Howard N, Van Kerkhove MD, Lutwama J, Wamala J, Yoti Z, et. al. Clinical manifestations and case management of Ebola haemorrhagic fever caused by a newly identified virus strain, Bundibugyo, Uganda, 2007–2008. *PLoSOne* 2012;7(12):e52986.
13. MacNeil A, Farnon EC, Morgan OW, Gould P, Boehmer TK, Blaney DD, et. al. Filovirus outbreak detection and surveillance: lessons from Bundibugyo. *J Infect Dis.* 2011;204(3):761-7.
14. Souza RF, Machado ARSR, Oda JMM, Guerra OG, Machado AM. Ebolavirus: preparados ou não? *Rev. G&S* 2015;6(2): 1982-96.
15. Del Rio C, Mehta AK, Lyon III GM, Guarner J. Ebola Hemorrhagic Fever in 2014: The Tale of an Evolving Epidemic. *Ann Intern Med.* 2014;161(10):746-8.
16. Pacheco DAMRA. Vírus Ébola - de ameaça negligenciada ao estado de emergência global [mestrado intregado em medicina]. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2015.
17. Lopes GV, Dunda FFE. O risco da contaminação global: o combate à epidemia de Ebola na África como vetor de cooperação internacional. *Rev Eletron de Comun Inf Inov Saúde* 2015;9(1): 1-22.
18. Valencia LFF. Virus del Ébola. *Rev. Univ. Salud.* 2014;16(2): 137-8.
19. Lugones BM, Ramírez BM. Virus del Ébola. *Rev Cubana Med Gen* 2014;30(4): 487-97.
20. De Santiago I, Miguel JP, Antunes F. Comunicação em Saúde: Evitar o Contágio da Doença por Vírus Ébola nos PALOP – Metodologia KISS & KEYWORDS. *Acta Med Port* 2015;28(2): 1-4.
21. Arévalo B. AR, Saavedra M, Alarcón H. Educación Médica Continua: Enfermedad por el virus del ebola. *Rev Med La Paz* 2014;20(2): 69-73.
22. Bah EI, Lamah MC, Fletcher T, Jacob ST, Brett-Major DM, Sall AA. Clinical Presentation of Patients with Ebola Virus Disease in Conakry, Guinea. *N Engl J Med* 2015;372:40-7.

ANÁLISE DO USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS POR ESTUDANTES DE MEDICINA DE UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA DE ENSINO

Eduardo Brito Souza Nóbrega^{I*}

Lucas Lopes Fernandes^{II}

Arthur Gaia Duarte Peixoto^{III}

Tânia Regina Ferreira Cavalcanti^{IV}

RESUMO

O excesso no uso do álcool pode causar danos nas mais diversas esferas da vida do ser humano, constituindo-se em um fator de risco para vários problemas de saúde e comportamental. Existem alguns grupos populacionais mais susceptíveis ao uso abusivo do álcool, tais como profissões de grande tensão emocional e pessoas sob grande estresse. O objetivo desse artigo é analisar o padrão do uso de álcool entre estudantes de medicina. Trata-se de uma pesquisa de campo de caráter descritivo com abordagem quantitativa. A população são todos 815 discentes entre o primeiro e o oitavo período da Faculdade de Medicina Nova Esperança. A amostra foi calculada com erro amostral de 11% e o nível de confiança de 95%, chegando ao resultado de 73 estudantes. Esse valor foi arredondado para 80 com o objetivo de utilizar 10 discentes de cada período e obter uma amostra mais representativa do grupo populacional. Para a coleta de dados foi aplicado um questionário semiestruturado. De acordo com os resultados, 93,75% dos participantes relataram já ter provado bebidas alcoólicas e 44% destes mantêm o hábito de beber. 78% das mulheres e 44,8% dos homens tiveram o primeiro contato entre 15-18 anos. A média de alunos sem hábito de beber é de 6,25 nos primeiros 4 períodos e 4,25 nos 4 últimos. Estes dados sugerem um aumento no índice de alunos com hábito de beber ao longo dos períodos. Conclui-se que geralmente o primeiro contato com o álcool é na adolescência e, apesar da grande maioria já ter experimentado bebidas alcólicas, a maior parte dos alunos não mantiveram o hábito de beber. Foi possível observar que o hábito de beber é mais prevalente em alunos de períodos mais avançados do que os estudantes que ingressaram mais recentemente no curso.

PALAVRAS-CHAVE: Alcoolismo. Estudantes de Medicina. Epidemiologia.

Acadêmico de Odontologia. Faculdade Nova Esperança (FAMENE).^I

ORCID: 0000-0002-7353-085X

Autor correspondente: eduardo.bsn@hotmail.com

Acadêmico de Odontologia. Faculdade Nova Esperança (FAMENE).^{II}

ORCID: 0000-0002-1644-8104

Acadêmico de Odontologia. Faculdade Nova Esperança (FAMENE).^{III}

ORCID: 0000-0003-0944-2481

Docente da Faculdade Nova Esperança (Facene).^{IV}

ORCID: 0000-0003-3084-6720

INTRODUÇÃO

O álcool é a substância psicoativa mais utilizada em grande parte do mundo. O início de uso ocorre entre os 10 e os 19 anos de idade, período caracterizado por alterações fisiológicas e sociais que podem aumentar a susceptibilidade ao uso abusivo. O alcoolismo pode ser responsável por vários danos às esferas sociais, emocional e orgânica. O uso cotidiano de álcool, desde a juventude, pode influenciar hábitos da vida adulta, sendo um fator de risco para problemas de saúde posteriores, além de provocar um risco maior de o indivíduo abusar dessas bebidas ao longo de sua vida.^{1,2}

Um indivíduo sob efeito do álcool tem maior pré-disposição a adotar comportamentos de risco, podendo causar acidentes de trânsito e domésticos, gerando maior morbimortalidade a si e a comunidade ao seu redor. Pode também desenvolver maior absenteísmo acadêmico e laboral, o que irá prejudicar a sua formação e diminuir a sua produtividade.^{3,4}

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de campo de caráter descritivo com abordagem quantitativa sobre o uso de álcool pelos estudantes de Medicina. O projeto de pesquisa foi submetido a análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa FACENE/FAMENE, sendo aprovado, com número do CAEE: 59466016.6.0000.5179.

A pesquisa foi realizada na Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE), no município de João Pessoa, no estado da Paraíba. A população constituiu-se de todos os discentes entre o primeiro e o oitavo período da referida Instituição, totalizando 815 alunos. A amostra foi calculada com erro amostral de 11% e o nível de confiança de 95%, chegando ao

O ambiente acadêmico permite o crescimento pessoal e intelectual, sendo importante para estabelecer bases para uma vida profissional bem estruturada. Entretanto, esse ambiente é um grande estressor e pode facilitar ao abuso de várias drogas. Outro facilitador é o marketing de festas e comemorações que instigam o uso não saudável da bebida.⁴

O álcool reduz a expectativa de vida de várias maneiras, não somente por provocar doenças como câncer, aterosclerose e hepatopatias, mas também predispõe situações de risco à vida, tais como a condução de veículos sobre efeito de entorpecentes, relações sexuais sem proteção, violência e outras.⁴

O objetivo desse artigo é analisar o padrão do uso de álcool por estudantes de medicina, estudando o perfil do aluno que faz uso abusivo dessa substância e a relação entre o etilismo e o estresse da vida acadêmica.

resultado de 73 alunos. Este valor foi arredondado por convenção 80 para utilizar 10 discentes de cada período para obter uma amostra mais representativa do grupo populacional. Para seleção da referida amostra foram considerados os seguintes critérios de inclusão: discentes com mais de 18 anos, devidamente matriculados, que concordassem em participar da pesquisa, mediante assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Um questionário foi aplicado para coletar os dados composto de duas partes: Parte I – dados de identificação dos participantes e Parte II – dados relacionados à temática Etilismo entre Estudantes de Medicina. A coleta

ocorreu nos turnos da manhã e tarde do mês de março e abril de 2017, sendo dividida em dois momentos: os alunos receberam o TCLE e foram informados sobre a sigiliosidade; uma breve explicação pelos pesquisadores sobre o questionário e a entrega do mesmo. A pesqui-

sa foi analisada com foco no método quantitativo. Os dados foram analisados e tabulados estatisticamente, com o auxílio de um pacote estatístico SPSS (Versão 18), tabelas foram criadas para melhor análise e apresentação dos dados.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 80 estudantes de medicina, dos sexos masculino e feminino, sendo 10 alunos de cada um dos oito primeiros períodos, na faixa etária entre 18 e 32 anos, com predomínio de 81,25% dos estudantes entre 18 e 24 anos. 95% dos participantes são solteiros, 37,5% dos entrevistados possuem renda familiar acima de 10 salários mínimos, 22,5% de 7-9 SM, 23,75% entre 4-6 SM. Quarenta e cinco pessoas afirmaram residir com os pais, 16 moram sozinhos, 5 com amigos, 4 com outros familiares, 4 com seus cônjuges.

Com relação a já ter experimentado

bebidas alcoólicas, 4 pessoas afirmaram nunca terem ingeridos e 76, (95%) dos entrevistados, relataram ter provado bebidas alcoólicas, sendo que 29 mantiveram o hábito de beber.

A tabela 1 demonstra a idade, o local e/ou de quem as mulheres estavam acompanhadas quando tiveram o primeiro contato com álcool. De acordo com a análise dos valores, a idade mais frequente está entre os 15 a 18 anos (51,06%), o local onde ingeriram bebida a primeira vez, na maioria das vezes, é a casa de amigos e, em segundo lugar, continua com a presença de amigos, mas em boates/bares (14,89%).

TABELA 1- Primeiro contato com álcool das estudantes do sexo feminino.

Uso de álcool					
Idade	Casa de Amigos	Com amigos em boate/bar	Com os Pais	Com familiares	TOTAL
<12 anos	-	-	1	1	2
12-14 anos	1	1	-	1	3
15-18 anos	24	7	2	4	37
19-21 anos	1	2	-	1	4
>21 anos	1	-	-	-	1
Total	27	10	3	7	47

Já a tabela 2 visualizamos a idade, o local e/ou de quem os homens estavam acompanhados no primeiro contato com bebidas alcoólicas. De acordo com a tabela, os valores encontrados são mais homogêneos,

a companhia mais frequente foi com amigos em boate/bar com 11 respostas (37,93%), em segundo lugar está a opção “casa de amigos” com 8 respostas (27,58%), em terceiro foi com os familiares com 6 participantes (20,68%) e

em quarto “com os pais” (13,79%).

TABELA 2- Primeiro contato dos participantes do sexo masculino com álcool

Uso de álcool					
Idade	Casa de Amigos	Com amigos em boate/bar	Com os Pais	Com familiares	TOTAL
<12 anos	-	-	2	1	3
12-14 anos	3	4	1	1	9
15-18 anos	4	5	1	3	13
19-21 anos	1	1	-	1	3
>21 anos	-	1	-	-	1
Total	8	11	4	6	29

Dentre as 29 pessoas com hábito de beber, 18 participantes afirmaram que bebem somente aos finais de semana, 5 pessoas bebem aos finais de semana e alguns dias de semana e 6 pessoas não responderam.

Ao serem questionados sobre os fatores que influenciam positivamente para beber, a alternativa de “beber após um dia cansativo” foi assinalada 7 vezes, “durante a semana de prova” foi assinalada 3 vezes, “após uma semana de prova” foi marcada 13 vezes e “beber durante festas” foi apontada 16 vezes.

A tabela 3 compara os comportamentos de risco ou influência social relatados por estudantes devido ao uso de álcool, é importante destacar que um mesmo aluno pode responder mais de um item. Neste quesito, os 29 estudantes com hábito de beber responderam sim 64 vezes para os comportamentos de risco descritos na tabela 3, enquanto os outros 47 estudantes não têm o hábito, já experimentaram álcool e tiveram comportamento de risco e influência social em 21 tipos de situações.

TABELA 3- Comportamento de risco ou influência social devido ao álcool

	Sim – Com hábito	Sim – Sem hábito
Embriagar	26	12
Dirigir	12	5
Envolver em brigas	5	-
Sofreu acidentes	2	-
Faltou a faculdade	15	3
Faltou o trabalho	4	1
TOTAL	64	21

Analisando cada grupo por período de curso individualmente, é possível observar que no primeiro período 1 pessoa nunca teve contato com álcool e 9 pessoas já tiveram contato, apenas 2 pessoas mantiveram o hábito de beber regularmente. No segundo período, 10 pessoas relataram contato com o álcool, 7 pessoas não mantiveram o hábito de beber e 3 pessoas têm o hábito de beber, aos finais de semana.

No terceiro período, 10 pessoas já consumiram álcool, 7 não têm hábito de beber e 3 pessoas bebem rotineiramente. No quarto período, 2 pessoas nunca tiveram contato com álcool, 8 já tiveram contato com

bebidas alcoólicas, em que 4 pessoas mantiveram o hábito de beber. No quinto período, 10 pessoas afirmaram contato com álcool, 5 não mantiveram o hábito e 5 mantiveram o hábito.

No sexto período, 1 pessoa afirmou nunca ter bebido, 9 afirmaram contato pelo menos em algum momento, destas, 5 não têm hábito e 4 bebem costumeiramente. No sétimo período, 10 pessoas afirmaram já ter feito uso de álcool alguma vez, 4 mantiveram o hábito e 6 não mantiveram. No oitavo período, 10 pessoas afirmaram ter tido contato com álcool, 9 possuem o hábito de beber, e 1 não tem.

DISCUSSÃO

Observou-se que mulheres e homens tiveram o primeiro contato com o álcool entre 15-18 anos, sendo essa a idade em que 78% das mulheres experimentaram pela primeira vez e 44,8% dos homens também. É no período da adolescência que a população, independente do sexo, fica mais vulnerável ao primeiro contato com substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas. Pois as mudanças que ocorrem nessa época podem provocar incertezas, crise de identidade e instabilidade emocional. Muitas vezes, o uso de drogas, como o álcool, ocorre para solucionar questões que poderiam ser resolvidas de outras formas.⁵

Foi identificada uma prematuridade nos hábitos masculinos já que 41,3% começaram a beber com menos de 14 anos (10,3% com menos de 12 anos). Enquanto isso, 10,6% das mulheres tiveram o contato com menos de 14 anos, 4% com menos de 12. Esse resultado vai de encontro ao que foi mostrado por Malta que dividiu as crianças em faixas etárias e analisou qual sexo mais experimentou bebi-

das alcoólicas em cada faixa. Foi observado que entre 12-13 anos as meninas eram maioria, já a partir dos 14 anos os meninos predominavam⁶.

O consumo de álcool na adolescência é prejudicial para o desenvolvimento neuropsicomotor, está mais associado a morte do que todas as substâncias psicoativas em conjunto, aumenta a chance de violência sexual, tanto para o agressor quanto para a vítima, aumenta a taxa de atividade sexual sem proteção e o consumo está associado a prejuízos acadêmicos e distúrbios de formação de identidade.⁷

O ambiente onde as mulheres mais frequentemente tiveram o primeiro contato foi na casa de amigos (57,4%), enquanto os homens, 37,9%, experimentaram pela primeira vez mais em festas. É importante falar que grande porcentagem dos homens, 34%, experimentou pela primeira vez junto dos pais ou com familiares, enquanto 21% das mulheres começaram nesse ambiente. Isso pode ser justificado pelas meninas esconderem mais

os primeiros contatos com o álcool, enquanto os meninos não se submetem a isso.⁶ Provavelmente existe um fator cultural e patriarcal nesse fato, mas mais pesquisas são necessárias para a confirmação concreta.

Durante a análise das pessoas que já experimentaram álcool, 55,2% não têm hábito de beber. Ao comparar, ao longo dos períodos, a prevalência das pessoas com hábito de beber, é possível observar que é mais comum esse hábito nos períodos mais avançados. A média de alunos que costumam beber nos 4 primeiros períodos é de 4,25 por período, considerando que foram estudados 10 de cada período acadêmico. Nos 4 períodos posteriores esse média subiu para 6,25. Isso significa que nos 4 primeiros períodos o mais comum eram os alunos que não tinham hábito de consumir bebida alcoólica, enquanto nos 4 períodos seguintes os alunos que bebiam corriqueiramente eram maioria. Esse achado sugere que os estudantes estão adquirindo o hábito de beber ao longo da graduação de medicina, entretanto um maior grupo amostral iria solidificar esse achado.

Quanto aos estudantes que afirmaram não terem costume de beber, metade deles relataram beber uma ou duas doses, cerca de 30% deles bebem entre 3 a 5 doses e próximo de 20% deles bebem mais de 5 doses.

Das pessoas que não têm hábito de beber, mas já consumiram álcool, cerca de 71% já chegou ao estado de embriaguez. Esses acadêmicos pertencem a um padrão de consumo importante, que são as pessoas que bebem esporadicamente, mas consomem quantias consideráveis de álcool quando bebem, no processo conhecido como “*binge drinking*”. A pessoa que realiza *binge drinking* está em um grupo de risco, pois elas tendem a consumir mais frequentemente ao longo do tempo e podem estar sujeitas a problemas de saúde nesses episódios ou em consequência deles.⁸

O comportamento de risco mais co-

mun apresentado pelas pessoas sem costume de beber foi dirigir sob efeito de álcool (9,5%). O segundo mais comum foi faltar a faculdade 7%. Entretanto, uma delas afirmou ter relação abusiva com o álcool. Esses comportamentos serão melhor discutidos em seguida.

Mudando o foco para as pessoas que têm hábito de beber, elas compõem 44,8% dos estudantes que já experimentaram álcool. A maioria bebe mais de 5 doses (74%). Entretanto, ao analisar o padrão de consumo apenas dos primeiros 4 períodos, é possível notar que metade dos alunos bebem mais de 5 doses e a outra metade bebe entre 3 e 5 doses. Já 85,7% dos alunos nos 4 períodos seguintes bebem mais de 5 doses, enquanto o restante bebe entre 3 e 5 doses. Esse dado sugere que os alunos nos períodos mais avançados ingerem maior quantidade de álcool. Ao somar isso ao achado de que mais pessoas têm costume de beber nos períodos mais avançados, a hipótese de que os alunos bebem mais ao longo da formação é sedimentada.

Mais de 82% dos estudantes que possuem hábito de beber já ficaram embriagadas. O comportamento de risco mais achado foi o absenteísmo acadêmico que chegou a 41,2%, logo em seguida foi a direção sob efeito de álcool com 38,2% dos estudantes. 5,8% dos alunos que têm o costume de beber afirmaram possuir relação abusiva com álcool.

Logo o absenteísmo acadêmico foi a complicação, em decorrência do consumo de álcool mais comum, tanto entre pessoas com hábito de beber ou sem. Isso é algo subvalorizado, pois as faltas acadêmicas, a desatenção dentro da sala de aula e a desmotivação atrapalham o desenvolvimento acadêmico desse aluno.⁹

Com relação à frequência de consumo, a maioria dos estudantes com hábito de beber marcou que consumiam a bebida nos finais de semana (73%), o restante afirmou beber também em alguns dias da semana.

Para estudar quais foram os fatores que propiciam o hábito de beber, foi perguntado quais as situações que levavam os alunos a beber mais. 70% dos estudantes que têm costume de beber afirmaram que as festas da turma favorecem o consumo. Isso ocorre porque os alunos são estimulados a beber nesses momentos. A bebida assume um caráter não só de integração, mas também de socialização desse estudante no universo acadêmico, tido como formador do jovem para a vida adulta.¹⁰

A semana de prova também favoreceu o consumo para 66% dos estudantes. O estresse provoca reações hormonais que desencadeiam no organismo claras modificações físicas e emocionais, produzindo uma série de sintomas emocionais tais como apatia, depressão, desânimo, sensação de desalento, hipersensibilidade emotiva, raiva, ira, irritabilidade e ansiedade. Sintomas que facilmente podem ser aliviados imediatamente pelo consumo de bebidas alcoólicas. Logo, o estresse tanto pode levar ao uso abusivo de álcool e ao alcoolismo, como o alcoolismo deixa o usuário mais vulnerável ao estresse.¹¹ Outro dado que corrobora com isso é que 30% afirmaram beber mais depois de dias cansativos.

Entre todos os alunos, apenas 3 deles afirmaram possuir relação abusiva com o álco-

ol, 2 deles têm costume de beber e 1 não. Esse valor é aproximadamente 4% das pessoas que já experimentaram álcool. É importante saber que essa é uma avaliação pessoal, pois se forem utilizados os parâmetros de estudos que consideram uso abusivo como ingestão de 5 drinques por noite, encontra-se que 35% das pessoas estudadas fizeram uso abusivo.¹²

Portanto, muitos pacientes consideram as atitudes com o álcool como abusiva, mesmo utilizando grandes volumes de álcool, isso se explica pela bebida ser considerada uma substância banal.¹⁰ Um exemplo desse comportamento foi o aluno que bebia mais de 5 doses, já se embriagou, dirigiu alcoolizado, faltou aula e se envolveu em brigas devido a bebida.

Quando questionados sobre a alteração do padrão de consumo de bebida alcoólica, 14,7% afirmaram que diminuiriam o consumo ao longo dos períodos, enquanto 22% responderam que estão consumindo mais álcool no decorrer da graduação. Os 63,3% restantes não mudaram o padrão de consumo. Esse resultado significa que os estudantes acham que não estão bebendo mais. Entretanto, foi visto que, ao longo dos períodos, as pessoas tendem a ter mais o hábito de beber e consomem maior volume de bebidas.

CONCLUSÃO

A maioria dos estudantes da Famene teve/tem o primeiro contato com o álcool na adolescência e isso é algo possivelmente prejudicial para esses jovens. A maioria dos alunos não tem hábito de beber, mas no decorrer do curso, as pessoas que costumam beber se tornam predominantes, o que sugere que os estudantes de medicina estão bebendo mais ao longo da graduação. Entretanto, um estu-

do que acompanhasse grupos de alunos, desde o primeiro período até o final da formação acadêmica, poderia solidificar os achados desse artigo. Os alunos que não possuem hábito de beber geralmente bebem poucas doses, porém alguns deles bebem grandes volumes e fazem uso abusivo do álcool. Já os estudantes que tem costume de beber consomem mais de 5 doses, que é considerado uso abusivo por

alguns estudos. O maior favorecedor do consumo foram as festas da turma e o estresse decorrente das épocas de provas, isso é um dado importante que precisa ser trabalhado com medidas de educação em saúde e conscientização, para combater as complicações em decorrência do etilismo. O fator de risco

mais comumente encontrado foi o absenteísmo acadêmico e depois a direção sob efeito de entorpecentes. Entretanto, apesar de tudo o que foi exposto, a maioria dos estudantes acham que seu consumo não modificou ao longo do curso, reforçando a necessidade de medidas de conscientização.

ANALYSIS OF THE USE OF ALCOHOLIC BEVERAGES BY STUDENTS OF MEDICINE OF A PRIVATE INSTITUTION

ABSTRACT

Excessive use of alcohol can cause harm to the most diverse spheres of human life, being a risk factor for various health problems, as well as making it easier for users to adopt risky behaviors. There are some population groups that are more susceptible to alcohol abuse, such as high-stress professions and people under high stress. The purpose of this article is to analyze the pattern of alcohol use among medical students. This is a descriptive field research with a quantitative approach. The population is all 815 students between the first and eighth years of the Nova Esperança Medical School. The sample was calculated with a sampling error of 11% and the confidence level of 95%, reaching the result of 77 students, this value was rounded to 80 with the purpose of using 10 students from each period and obtaining a more representative sample of the populational group. A semi-structured questionnaire was used to collect data. According to the results, 93.75% of the participants reported having tasted alcoholic beverages, 44% of which had the drinking habit. 78% of the women and 44.8% of the men had the first contact between 15-18 years. The average number of students without a drinking habit is 6.25 in the first 4 periods and 4.25 in the last 4, suggesting an increase in the indices of students with drinking habits over the periods. 71% of the people without habit have already reached the state of drunkenness, predisposing risk behavior. Among those with a habit, 82% were already intoxicated. Of these, 41.2% practiced academic absenteeism, 38.2% drove under alcohol and only 5.8% said they had an abusive relationship with alcohol, 70% stated that class parties favor consumption, and test week, for 66% of students. It is concluded that generally the first contact with alcohol is in adolescence and, although the vast majority have already tried alcoholic beverages, most of the students did not keep the drinking habit. It was possible to observe that the drinking habit is more prevalent in students of more advanced periods than the students that more recently entered the course.

KEYWORDS: Alcoholism; Medical students; Epidemiology.

REFERÊNCIAS

1. Veiga LDB, Santos VC, Santos MG, Ribeiro JF, Amaral ASN, Nery AA, et al. Prevalência e fatores

associados à experimentação e ao consumo de bebidas alcoólicas entre adolescentes escolares.

- Cad. saúde colet. 2016 Sep; 24(3): 368-375.
2. Araújo P, Carvalho MGN, van Weelden M, Lourenço B, Queiroz LB, Silva CA. Substance misuse and sexual function in adolescents with chronic diseases. *Rev. paul. pediatri.* 2016 Sep; 34(3): 323-329.
 3. Oliveira SKM, Sousa ÁAD, Cavalcanti SL, Taveira MGMM, Correia DS, Freitas D. Uso de Bebidas Alcoólicas entre Acadêmicos da Área de Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica.* 2016 Sep; 40(3), 446-451.
 4. Dázio EMR, Zago MMF, Fava SMCL. Use of alcohol and other drugs among male university students and its meanings. *Rev. esc. enferm. USP [Internet].* 2016 Oct; 50(5): 785-791.
 5. Vargas Divane de, Soares Janaina, Leon Erika, Pereira Caroline Figueira, Ponce Talita Dutra. O primeiro contato com as drogas: análise do prontuário de mulheres atendidas em um serviço especializado. *Saúde debate [Internet].* 2015 Sep [cited 2017 June 10]; 39(106): 782-791.
 6. Malta Deborah Carvalho, et al. Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. *Rev. bras. epidemiol. [Internet].* 2011 Sep; 14(1): 136-146. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2011000500014&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000500014>.
 7. Pechanskya, Flavio, Claudia Maciel Szobota, and Sandra Scivolettob. “Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos Alcohol use among adolescents: concepts, epidemiological characteristics and etiopatogenic.” *Rev Bras Psiquiatr* 26. Supl I (2004): 14-17.
 8. Jang, Joy Bohyun, et al. “Frequent binge drinking among US adolescents, 1991 to 2015.” *Pediatrics* (2017): e20164023.
 9. Miranda, Gilberto José, Tamires Sousa Araujo, and Izabelle Almeida Marcelino. “O absenteísmo acadêmico e suas consequências mais óbvias.” *Revista Gestão Universitária na América Latina-GUAL* 10.1 (2017).
 10. no Trabalho, A. Inserção do Psicólogo. “de Prevenção ao Abuso de Álcool e Outras Drogas.” *Psicologia ciência e profissão* 24.1 (2004): 108-115.
 - 11 Jora, Natalia, Thais Roberto Magalhães, Josélia Benedita Carneiro Domingos, & Sandra Cristina Pillon. “Campanha saúde na estrada: avaliação do padrão de consumo de álcool e do estresse.” *Revista Eletrônica de Enfermagem [Online],* 12.1 (2010): sem paginação Web. 12 Jun. 2017
 12. Barros Mauro V G de, Nahas Markus V. Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. *Rev. Saúde Pública [Internet].* 2001 Dec [cited 2017 June 12]; 35(6): 554-563.

FREQUÊNCIA DE *TRICHOMONAS VAGINALIS* E *GARDNERELLA VAGINALIS* EM EXAMES COLPOCITOLÓGICOS REALIZADOS EM UMA REDE DE LABORATÓRIOS PRIVADOS NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA – PB

Clélia Mota Xavier^I

Marcílio Imbassahy Filho^{II}

José Tardelly Tavares de Araujo^{III*}

Arthur Vinícius de Oliveira^{IV}

RESUMO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa do tipo documental retrospectiva de aspecto descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvida nos Laboratórios Unidos de Patologia da Paraíba Ltda. (LUP-PA). A amostra foi composta por cento e trinta e seis mulheres (136) que realizaram o exame colpocitológico, nessa rede de laboratórios privados, no ano de 2016. O instrumento para coleta de dados fundamentou-se em um roteiro com questões norteadoras para atender ao objetivo da pesquisa e avaliar a frequência de *Trichomonas vaginalis* e *Gardnerella vaginalis* em exames colpocitológicos. A coleta de dados foi feita a partir de informações extraídas dos relatórios mensais dos resultados das colpocitologias realizadas na rede de laboratórios. Os dados foram analisados utilizando-se o programa específico para estudo epidemiológico (EPI-INFO 3.5.2). A realização da pesquisa ocorreu mediante a autorização da direção da Rede de Laboratórios e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa-CEP da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança-FACENE. Para a realização desta pesquisa, foram levados em consideração os pressupostos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que trata de pesquisas e testes em seres humanos. Os laudos com diagnóstico de *Gardnerella vaginalis* e *Trichomonas vaginalis* foram separados e agrupados por faixa etária e frequência de cada diagnóstico. Do total de laudos analisados, 11 exames (8,1%) tiveram algum patógeno estudado, com a seguinte ordem de frequência: 11 *Gardnerella vaginalis* e 0 para *Trichomonas vaginalis*. No conjunto, 2 infecções ocorreram entre 15 e 29 anos, 6 entre 30 e 59 anos, e 3 acima dos 60 anos. Conclui-se que *Gardnerella vaginalis* foi a infecção de maior frequência diagnosticada, comparando-se a frequência de *Trichomonas vaginalis*. A maior frequência dos patógenos estudados ocorreu na faixa etária entre 30 e 59 anos, sendo necessários outros estudos para detecção dos fatores determinantes dessas infecções.

PALAVRAS-CHAVE: *Trichomonas vaginalis*. *Gardnerella vaginalis*. Colpocitológico. Papanicolau.

Professora Doutora da Faculdade de Medicina Nova Esperança- FAMENE^I
ORCID: 0000-0001-5195-0514

Médico Especialista em Patologia Clínica, Ginecologia e Obstetrícia.^{II}
ORCID: 0000-0003-4197-1949

Graduanda do curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança- FAMENE.^{III*}
ORCID: 0000-0003-4646-0320

Autor Correspondente: tardellytavares@gmail.com

Graduando do curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança- FAMENE.^{IV}
ORCID: 0000-0002-3083-7886

INTRODUÇÃO

Considerando-se as infecções humanas, as das vias urinárias estão entre as mais comuns, ocupando o segundo lugar depois das infecções respiratórias¹. As infecções da vulva e da vagina, denominadas vulvovaginites, estão entre as principais queixas médicas das mulheres com ou sem vida sexual ativa².

Esses quadros apresentam, como responsáveis por 90% de seus casos, *Gardnerella spp.*, *Trichomonas spp.* e *Candida spp.*, sendo o primeiro um dos principais agentes causadores de infecções e de maior prevalência em mulheres na idade reprodutiva³.

A *Gardnerella vaginalis* é uma bactéria anaeróbica que causa a vaginose bacteriana. Já o *Trichomonas vaginalis* é um protozoário, sendo responsável pela infecção sexualmente transmissível (IST) não-viral mais comum no mundo, denominada tricomoníase, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS). A incidência desta infecção depende de vários fatores: idade, atividade sexual, número de parceiros sexuais, outras IST, fase do ciclo menstrual, técnicas de diagnóstico, condições socioeconômicas, entre outros⁴.

Considerando que *Trichomonas vaginalis* e *Gardnerella vaginalis* não são grandes causadoras de sequelas, muitos clínicos interpretam as suas infecções como um desconforto e não como um problema de saúde

pública⁵.

Entretanto, esses microrganismos estão em evidência por serem importantes patógenos do trato geniturinário humano, associados a graves complicações de saúde. Estudos recentes revelam que esses agentes favorecem a transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV), são causa de endometrite pós-parto, baixo peso ao nascer, parto prematuro, doença inflamatória pélvica atípica, câncer cervical e infertilidade⁶.

Portanto, dispor de recursos epidemiológicos que informem a incidência de infecções pelos agentes citados, sobretudo em mulheres, é fundamental para elaboração de políticas públicas de saúde, favorecendo o planejamento de ações programáticas de prevenção e assistência.

A fim de solucionar a falta de dados epidemiológicos locais, este estudo objetiva verificar a frequência de *Trichomonas vaginalis* e *Gardnerella vaginalis* em mulheres que realizaram exames colpocitológicos nos Laboratórios Unidos de Patologia da Paraíba Ltda. (LUPPA), no município de João Pessoa (PB), e reunir tais informações de forma que se torne possível apurar o número de mulheres infectadas ou coinfectadas, bem como a faixa etária em que elas se encontram.

METODOLOGIA

Este estudo consistiu em uma pesquisa do tipo documental retrospectiva de aspecto descritivo com abordagem quantitativa⁷.

A pesquisa foi realizada em período diurno, no mês de março de 2017, na qual foi utilizado um roteiro norteador a partir dos re-

latórios mensais de registro dos exames colpocitológicos, obtidos no Sistema de Registros dos Laboratórios Unidos de Patologia da Paraíba Ltda. (LUPPA).

Os dados foram coletados obedecendo aos critérios de seleção da amostra e o

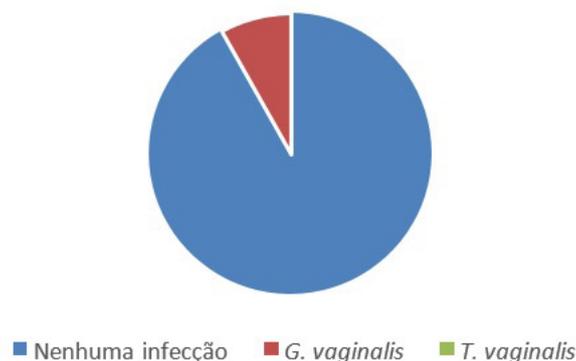
instrumento de coleta de dados previamente estabelecidos, bem como em dias e horários agendados, antecipadamente, pelo responsável do Serviço de Arquivo.

A análise dos dados foi feita pelo método quantitativo, utilizando-se do programa específico para estudo epidemiológico (EPIINFO 3.5.2).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram investigados 136 prontuários do sistema de informação dos Laboratórios Unidos de Patologia da Paraíba, referente ao exame colpocitológico relacionados a identificação da presença de *Gardnerella vaginalis* e *Trichomonas vaginalis*, bem como a coinfeção bacteriana e protozoária, referentes ao ano de 2016. A média de idade foi de 51,5 anos, com a idade mínima de 17 e a máxima de 86 anos.

GRÁFICO 1 - Frequência de infecção em exames colpocitológicos do banco de dados do Laboratórios Unidos de Patologia da Paraíba em 2016.



Estudos identificaram resultados similares aos encontrados na presente pesquisa, em que a maioria das pacientes avaliadas também não apresentou infecções ao exame, como também números semelhantes na

Nesse sentido, os resultados dos exames colpocitológicos para *Trichomonas vaginalis* e *Gardnerella vaginalis* foram organizados em um banco de dados, contendo os resultados para ambos os agentes e, ainda, os dados indicativos de faixa etária, extraídos dos relatórios mensais do ano de 2016.

O material abordado apontou que a grande maioria das pacientes não apresentou sinais inflamatórios ao exame (91,8%), enquanto que 8% estavam infectadas pela bactéria *Gardnerella vaginalis*. Não houve evidências de casos de *Trichomonas vaginalis* (0%), consequentemente, não foi encontrada coinfeção entre esses dois microrganismos. (Gráfico 1)

proporção dos dados quantitativos de infecções ocasionadas pela *Gardnerella vaginalis*, e as causadas pelo *Trichomonas vaginalis* em menor número, mesmo havendo a presença de outros agentes infectantes^{8;9;10;11;12;13}.

A faixa etária que apresentou maior predominância dos casos encontrava-se entre 30 a 59 anos (n=6), seguida da faixa superior a 60 anos (n=3), e das pacientes entre 15 a 19 anos (n=2). A correlação por idade, entre as amostras documentadas com infecção e a das

que não apresentaram, indicou uma frequência proporcionalmente maior nas mulheres acima de 60 anos (25%). As que se encontravam na faixa etária de 30 a 59 anos representaram 7,1%, e a menor frequência ocorreu nas de 15 a 29 anos (5,3%). (Tabela 1)

TABELA 1- Frequência de *Gardnerella vaginalis* em pacientes do Laboratórios Unidos de Patologia – PB

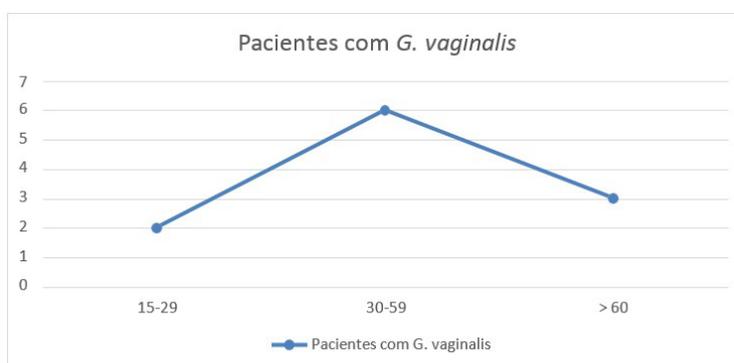
Idades	Presente	Ausente	Total	Frequência (%)
15-29	2	36	38	5,3
30-59	6	80	86	7,1
> 60 anos	3	9	12	25
Frequência Total	11	125	136	8,1

Pesquisas sugerem maior prevalência de infecção em amostras colpocitopatológicas em adolescentes, apresentando a *G. vaginalis* com maior incidência entre as idades 20 e 39 anos¹¹. Outros achados também reforçam que a maioria dos casos situa-se abaixo dos 50 anos, principalmente nas três primeiras décadas de vida, e menor frequência abaixo dos 20 anos⁸. Os achados científicos respaldam os dados da presente pesquisa, a qual identificou

maior quantidade de casos (n=6) entre 30 e 59 anos, demonstrando um maior acometimento de mulheres em período fértil.

Identifica-se um aumento expressivo no número de casos na faixa etária de 30 a 59 anos, com posterior declínio da infecção com o avançar da idade, ao analisar a distribuição do quantitativo de casos de mulheres com *Gardnerella vaginalis* (Gráfico 2).

GRÁFICO 2 – Distribuição das pacientes com *G. vaginalis* por faixa etária.



Resultados científicos evidenciaram que a frequência de *Gardnerella vaginalis* aumenta até a faixa etária de 20-29 anos, per-

manece estável entre 30 e 39 anos e, posteriormente, sofre diminuição com o avançar da idade^{10;11}. Esse fenômeno tenta ser explicado

em decorrência da vaginose bacteriana, caracterizada por uma síndrome polimicrobiana em que a população de *Lactobacilos*, que é, usualmente, dominante na vagina de mulheres saudáveis, é substituída por microrganismos, principalmente a *Gardnerella vaginalis* e bacilos anaeróbicos gram-negativos⁸.

Epidemiologicamente, esse acometimento tem sido associado a atividade sexual e infecções sexualmente transmissíveis¹⁰. Tais achados reforçam os dados descobertos pela análise da distribuição da faixa etária na presente pesquisa, com incidência maior na idade reprodutiva da mulher.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise deste estudo permitiu-nos concluir que a maior frequência de vaginites ocorre na faixa etária de 30 aos 59 anos e que a vaginose bacteriana por *Gardnerella vaginalis* é a infecção mais prevalente. Além disto, foi possível confirmar a baixa prevalência do *Trichomonas vaginalis* uma vez que não foi evi-

denciado em nenhum caso deste estudo.

Por fim, destaca-se a importância da realização de novos trabalhos acerca do tema, a fim de determinar os fatores associados a esses microrganismos, sobretudo as características imunológicas e socioeconômicas da mulher.

FREQUENCY OF TRICHOMONAS VAGINALIS AND GARDNERELLA VAGINALIS IN COLPO CYTOLOGICAL EXAMINATIONS CONDUCTED IN A NETWORK OF PRIVATE LABORATORIES IN THE MUNICIPALITY OF JOÃO PESSOA - PB

ABSTRACT

The present study is a retrospective documentary research of descriptive aspect with a quantitative approach developed in the United Laboratories of Pathology of Paraíba Ltda. (LUPPA). The sample consisted of one hundred and thirty-six women (136) who underwent colpo cytological examination in this network of private laboratories in 2016. The instrument for data collection was based on a script with guiding questions to meet the objective of the research and to evaluate the frequency of *Trichomonas vaginalis* and *Gardnerella vaginalis* in colpo cytological examinations. The data collection was done from information extracted from the monthly reports of the results of the colpo cytological performed in the laboratory network. The data were analyzed using the specific program for epidemiological study (EPI-INFO 3.5.2). The research was carried out through the authorization of the Laboratory Network and approval of the project by the Committee of Ethics and Research-CEP of the Nova Esperança College. In order to carry out this research, the assumptions of Resolution 466/2012 of the National Health Council / Ministry of Health, which deals with research and testing in humans, were taken into account. The reports with diagnosis of *Gardnerella vaginalis* and *Trichomonas vaginalis* were separated and grouped by age and frequency of each diagnosis. Of the total reports analyzed, 11 examinations (8.1%) had some pathogen studied, with the following order of frequency: 11 *Gardnerella vaginalis* and 0 for *Trichomonas vaginalis*. Overall, 02 infections occurred between 15 and 29 years, 06 between 30 and 59 years, and 03 over 60 years. It is concluded that *Gardnerella vaginalis* was the most frequently diagnosed infection, comparing the frequency of

Trichomonas vaginalis. The highest frequency of the pathogens studied occurred in the age group between 30 and 59 years, and other studies were necessary to detect the determinants of these infections.

KEYWORDS: *Trichomonas vaginalis*. *Gardnerella vaginalis*. Colposcopy. Papanicolaou Exam.

REFERÊNCIAS

1. Cruz JFJ, Broseta E, Governado M. Infecção urinária. *Actas Urológicas Españolas*. 2002; 26(8): 563-573.
2. Oliveira EH, Soares LF. Prevalência de Vaginites infecciosas através da Citologia Clínica: um estudo no Laboratório Central de Saúde Pública do Piauí. *Rev Bras Anál Clín*. 2007; 39(1): 33-35.
3. Adad SJ, Lima RV, Sawan ZE, Silva MLG, Souza MAH, Sldanha JC, et al. Frequency of *Trichomonas vaginalis*, *Candida* sp and *Gardnerella vaginalis* in cervical-vaginal smears in four different decades. 2001; 119(6): 200-205.
4. Petrin D, et al. Clinical and microbiological aspects of *Trichomonas vaginalis*. *Clin Microbiol Ver*. 1998; 11(1): 300-317.
5. Bagnoli VR, Fonseca AM. Tratamento geral das vulvovaginites. *Rev Bras Med*. 2000; 57(6).
6. Neves, DP. *Parasitologia Humana*. 11.ed. São Paulo: Atheneu, 2005.
7. Gil, AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2008.
8. Amaral, AD. Incidência de *Gardnerella vaginalis* nas Amostras de Secreção Vaginal em Mulheres Atendidas pelo Laboratório Municipal de Fraiburgo. *Rev Ciênc Farm Básica*. 33(3); 2012.
9. ALVES FA, SÁ LF, SILVA AO. Incidência das principais doenças e infecções diagnosticadas através do exame Papanicolaou no ESF Central - Itapuranga-GO- 2011- 2012. *Revista Faculdade Montes Belos*. 2014; 7(1).
10. Silva CS, et al. Frequência e distribuição etária de infecção vaginal por *Gardnerella Vaginalis*, *Candida* SP e *Trichomonas Vaginalis* em exame de Papanicolaou. *Rev Med Minas Gerais*. 2003; 13(2).
11. Batista MLS, et al. Resultados citopatológicos de mulheres que realizaram exame do colo do útero em um laboratório escola da Universidade Federal de Goiás. *Journal Health Sci Inst*. 2012; 30(3).
12. Posser J, et al. Estudo das infecções cérvico-vaginais diagnosticadas pela citologia. *Revista Saúde Int*. 2015; 8(15).
13. Martins RA, Fernandes RS, Martins MA, Mota CAX, Santos SG, Maia AKHL. Frequência de *Trichomonas vaginalis*, *Gardnerella vaginalis* e *Candida* spp. em exames colpocitológicos em Vista Serrana – PB. *Ver. Ciências da Saúde Nova Esperança*. 2018; 16(2): 28-35.

ANÁLISE DA INCIDÊNCIA DAS VARIAÇÕES ANATÔMICAS DOS RAMOS DAS ARTÉRIAS CORONÁRIAS

Ana Carolina Oliveira da Silva^{I*}

Leonardo Queiroga Marinho^{II}

Lívia Tafnes Almeida de Araújo^{III}

Ruan César Teixeira de Carvalho^{IV}

Tânia Regina Ferreira Cavalcanti^V

RESUMO

O estudo morfológico das artérias coronarianas sempre foi um assunto de grande interesse na anatomia e na cardiologia, devido a variabilidade na distribuição das artérias no coração e possíveis correlações anatomoclínicas, entre o tipo de irrigação e o diferente risco de infarto do miocárdio. Dessa forma, com objetivo de abrandar os conhecimentos na área, foi realizada uma pesquisa do tipo experimental, de aspecto descritivo com abordagem e quantitativa no Laboratório de Anatomia da Faculdade de Medicina Nova Esperança, localizado no Bairro Gramame na cidade de João Pessoa - Paraíba. A amostra foi composta por 20 corações cadavéricos dissecados no ano de 2016 e 2017, no referido laboratório. Há muitas variações das artérias coronárias descritas na literatura e que levam em consideração não só a alternância da origem desses vasos, mas também a dominância do suprimento arterial, a diferença do calibre e comprimento quando comparada a maioria. Apesar de uma grande coerência de padrão de trajeto dos corações pesquisados (sendo 90% regulares), quanto a origem e a ramificação, encontraram-se taxas menores de regularidade (70%). Ao analisar se poderia haver algum indicativo de correlação entre a origem dos vasos coronarianos e a hipertrofia aparente, notou-se uma pequena taxa de 10% de correspondência. No entanto, como viés, o número de itens analisados mostrou-se insuficiente para alcançar uma maior fidelidade da anatomia coronariana, além de todas as peças terem como origem comum, o laboratório de anatomia da FAMENE, limitando a qualidade dos resultados.

PALAVRAS-CHAVE: Anatomia. Variação Anatômica. Coronária. Cardiologia.

Graduanda do curso de Medicina e Monitores de Correlações Anátomo-clínicas da Faculdade de Medicina Nova Esperança- FAMENE. ORCID: 0000-0001-5716-8136
Autor correspondente: carol_c789@hotmail.com

Graduando do curso de Medicina e Monitores de Correlações Anátomo-clínicas da Faculdade de Medicina Nova Esperança- FAMENE. ORCID: 0000-0001-5249-6640

Graduanda do curso de Medicina e Monitores de Correlações Anátomo-clínicas da Faculdade de Medicina Nova Esperança- FAMENE. ORCID: 0000-0002-9947-2803

Graduando do curso de Medicina e Monitores de Correlações Anátomo-clínicas da Faculdade de Medicina Nova Esperança- FAMENE. ORCID: 0000-0003-3180-4223

Professora de Anatomia da Faculdade de Medicina Nova Esperança- FAMENE.
ORCID: 0000-0003-3084-6720

INTRODUÇÃO

As artérias coronárias direita e esquerda são os primeiros ramos da aorta e surgem de sua porção ascendente. De enorme relevância para a vida, são responsáveis pela irrigação do coração e pela manutenção de seu adequado funcionamento, contribuindo indiretamente para a nutrição das células de todo o corpo.¹

As anomalias das artérias coronárias resultam de distúrbios que ocorrem na terceira semana do desenvolvimento fetal. Essas alterações causam variações anatômicas relacionadas a origem, trajetória e término dessas artérias ou a alterações de sua anatomia intrínseca. Algumas anomalias da artéria coronária causam isquemia ocasional, ou obrigatória (origem anômala da coronária esquerda da artéria pulmonar), enquanto outras predisõem a complicações (espasmo, desenvolvimento de placas ateromatosas).²

A anatomia desses vasos, universalmente aceita como padrão, é descrita da seguinte forma: os troncos das artérias coronárias se originam dos respectivos seios aórticos anteriores direito e esquerdo e seguem pelo sulco coronário, circundando-o até se encontrarem numa região anatômica denominada *crux cordis*. A artéria coronária direita percorre esse sulco emitindo ramos para o átrio e o ventrículo direitos até o ponto de origem da artéria interventricular posterior no chamado padrão de dominância direita (presente em 75% dos casos). No padrão de dominância esquerda, a artéria interventricular posterior se origina da artéria coronária esquerda, algo que ocorre em 10% dos casos, ao passo que o padrão de codominância se responsabiliza pelos 15% restantes.¹

Todavia, é sabido que há anomalias em menor porcentagem e que merecem atenção científica. Os conceitos de anomalia são

muitos e alguns divergem entre si mas, em geral, dizem tratar-se de uma variação do que é encontrado em maior porcentagem numa população. No entanto, é possível encontrar na literatura definição de anomalia coronariana como qualquer padrão que tenha uma característica raramente encontrada na população geral. Devem ser considerados os seguintes critérios: é normal qualquer característica morfológica que seja observada em mais de 1% dos integrantes de uma população; é variante da normalidade uma característica morfológica relativamente incomum, mas prevalente em mais de 1% dos membros da mesma população; é anomalia uma característica morfológica vista em menos de 1% da população normal, ou cuja prevalência varia em mais que 02 (dois) desvios-padrão do valor médio em uma curva de distribuição gaussiana (2,3).³

As anomalias benignas, sem repercussões clínicas importantes para o indivíduo, representam a maioria dos dismorfismos coronarianos. Na artéria coronária esquerda, a variação anatômica mais comum da clássica bifurcação, encontrada em 14-40% dos casos, é o padrão de trifurcação em que, junto com os ramos interventricular anterior e circunflexo, encontra-se, também, a artéria *diagonalis* (ou ramo intermédio). Este vaso, quando presente, surge entre os outros dois ramos e supre a parede anterolateral do ventrículo esquerdo.¹

Cerca de 1/3 de todas as mortes no mundo ocidental é consequência de coronariopatias, e quase todas as pessoas idosas têm algum tipo de distúrbio da circulação arterial coronariana. Por essa razão, nunca é demais enfatizar a anatomia e a fisiologia da circulação coronariana.⁴

Portanto, este estudo tem como objetivo analisar as artérias coronárias e suas variações anatômicas em corações do Laboratório

de Anatomia Humana da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE), no período entre 2016 a 2017, sendo este tema escolhido devido a sua importância no entendimento de

alterações patológicas, decorrentes de alterações de fluxo sanguíneo, bem como na realização de exames e abordagens cirúrgicas no sistema de irrigação cardíaca.

METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa do tipo experimental, de aspecto descritivo com abordagem quantitativa no Laboratório de Anatomia da Faculdade de Medicina Nova Esperança, localizado no Bairro Gramame na cidade de João Pessoa-Paraíba. Essa Instituição foi escolhida por disponibilizar de alta quantidade de cadáveres e por ser referência em estudo anatômico em cadáver.

A população para a pesquisa foi composta por todos os corações cadavéricos conservados no laboratório de anatomia da FAMENE. A amostra foi composta por 20 corações cadavéricos dissecados no ano de 2016 e 2017, no referido laboratório. Para seleção da amostra, o critério estabelecido foi as condições de conservação das peças cadavéricas, para assim, criar uma melhor análise das estruturas analisadas. Nesse sentido, foram incluídos corações cadavéricos ainda bem preservados, principalmente no que diz respeito a sua vascularização, priorizando aqueles ainda recobertos por pericárdio, nos quais não houve manipulação prévia de estruturas internas. Para facilitar a organização das amostras, foram etiquetadas e enumeradas de acordo com o início de sua dissecação.

O instrumento escolhido para a coleta de dados foi um roteiro com questões norteadoras baseadas na anatomia cardíaca descrita na literatura. As questões relacionam-se à vascularização coronariana e suas respectivas ramificações, além de sua dominância, seu comprimento e se o coração é aparentemente hipertrofiado.

A coleta de dados foi realizada, após apreciação ética do projeto pelo Comitê de Ética das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança FACENE/FAMENE, cujo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) é 60918416.3.0000.5179. A coleta de dados ocorreu nos meses de dezembro de 2016 a março de 2017. Os dados foram coletados em dias e horários previamente agendados pelo responsável do laboratório de anatomia da FAMENE.

Os dados foram analisados através de método quantitativo. As formas de apresentação dos resultados foram em tabelas, como forma de simplificar o entendimento. Os resultados analisados foram confrontados com a literatura pertinente e, posteriormente, utilizados na confecção do artigo científico.

Foi esperado chegar a uma conclusão de qual perfil anatômico é mais evidente em corações humanos, bem como, problematizar o resultado de forma a esclarecê-lo, realçando sua importância em âmbito regional e levantando possíveis variações anatômicas coronarianas para estudo.

RESULTADOS E DICUSSÃO

Durante a dissecação dos 20 corações cadavéricos, no laboratório de anatomia da Faculdade de Medicina Nova Esperança, foi considerado como padrão regular, para trajeto e

ramificação, aqueles que se apresentassem de acordo com a disposição vascular mais prevalente na literatura. Os resultados serão expostos nas tabelas 01, 02 e 03.

TABELA 1- Padrão de trajeto coronariano em 20 corações cadavéricos dissecados.

Padrão de trajeto coronariano	número	%
Padrão regular	18	90%
Padrão irregular	2	10%
TOTAL	20	100%

TABELA 2- Padrão de ramificação coronariana em 20 corações cadavéricos dissecados.

Padrão de ramificação coronariana	número	%
Padrão regular	14	70%
Padrão irregular	6	30%
TOTAL	20	100%

TABELA 3- Origens incomuns das artérias coronárias.

Padrão de origem	número	%
Padrão regular	14	70%
Padrão irregular	6	30%
TOTAL	20	100%

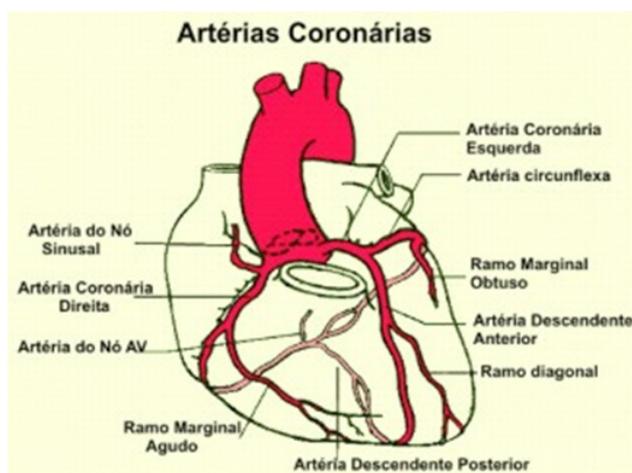
A anatomia coronariana normal, universalmente aceita, é assim definida: o tronco coronariano origina-se do seio coronariano esquerdo e divide-se na artéria descendente anterior (ou interventricular anterior) e na artéria circunflexa. A artéria descendente anterior segue posteriormente ao tronco pulmonar no sulco interventricular anterior; a artéria circunflexa segue no sulco atrioventricular posterior; a artéria coronária direita origina-se do seio coronariano direito e segue pelo sulco atrioventricular anterior.^{5,6} A figura 1 repre-

senta bem.

A alternância da origem dos vasos coronarianos é de extrema relevância, pois a origem e o trajeto proximal das artérias coronárias anômalas são os principais fatores preditivos de gravidade para acometimento da musculatura cardíaca.⁷ Todavia, o diagnóstico precoce dificilmente ocorre, sendo a maioria dos casos, diagnosticados de forma incidentalmente ou em necropsias, pois as anomalias coronarianas congênitas são geralmente assintomáticos. Dessa forma, consiste na se-

gunda causa mais frequente de morte súbita cardíaca, especialmente em adultos jovens.⁹
cardíaca, ou outros sintomas de isquemia mio-

FIGURA 1 - Ilustração de vascularização coronária mais comum.



Na figura 2 é possível observar um coração dissecado em que o padrão de trajeto e origem se apresenta regular.

Em longo prazo, a irrigação inadequada do miocárdio pode levar a falência da funcionalidade da fibra muscular cardíaca, o que pode gerar uma cardiomiopatia dilatada ou

hipertrófica quando o coração necessita de mais trabalho para ejetar o sangue para fora da câmara. Dessa forma, foi analisada a correlação entre a origem incomum dos vasos coronarianos e a presença de hipertrofia aparente, conforme exposto na tabela 04.

FIGURA 2 - Exemplo de coração dissecado com vascularização em padrão mais comum.

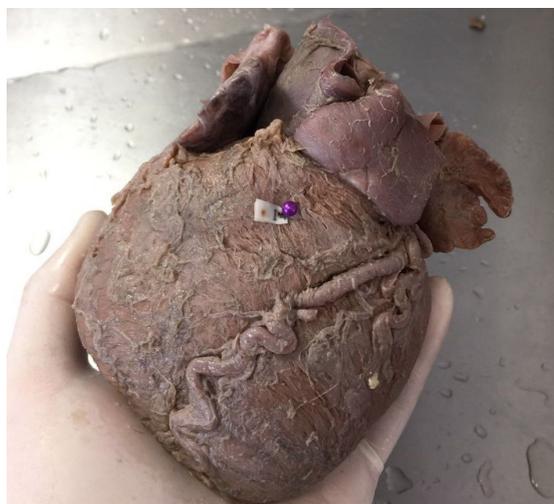


TABELA 4 - Correlação entre hipertrofia e origens incomuns das artérias coronárias.

Correlações	Número
Coração com hipertrofia aparente e o com origens coronarianas incomuns	2
Coração com hipertrofia aparente e sem origens coronarianas incomuns	5
Coração sem hipertrofia aparente e com origens coronarianas incomuns	9
Coração sem hipertrofia aparente e sem origens coronárias incomuns	4
TOTAL	20

É sabido que para melhor conclusão da correção entre a hipertrofia cardíaca e as origens incomuns das artérias coronarianas é necessário um estudo mais detalhado. Todavia, de acordo com o presente estudo, não houve correlação aparente, pois a maioria dos corações, visivelmente hipertrofiados a “olho nu”, não possuíam origens coronárias incomuns, levando a conclusão de hipertrofia por outras causas que não a vascular.

Há muitas variações das artérias coronárias descritas na literatura e que levam em consideração não só a alternância da origem desses vasos, mas também, a dominância do suprimento arterial, a diferença do calibre e comprimento quando comparada a maioria.

Uma das variações importantes que pode acontecer é com o ramo interventricular posterior, o qual determina os tipos de supri-

mentos das paredes do coração. Em 55% dos casos, o ramo interventricular posterior se origina da artéria coronária direita, mas não envolve a face posterior do ventrículo esquerdo. Já em 25% dos casos, o ramo interventricular posterior é derivado da artéria coronária esquerda e ainda, em 20% dos casos, a artéria coronária direita não origina somente o ramo interventricular posterior, mas também supre partes da face posterior do ventrículo esquerdo. Sendo assim, é predominante a dominância balanceada, na qual o ramo interventricular posterior sai da artéria coronária direita, mas não emite ramos para a face posterior do ventrículo esquerdo.¹⁰ No estudo, pós dissecação dos corações no laboratório de anatomia, foram encontrados os dados abordados na tabela 05.

TABELA 5 - Dominância vascular observada nos corações dissecados no laboratório de anatomia da Faculdade de Medicina Nova Esperança.

Dominância vascular coronariana	número	%
Dominância de direita	12	60%
Dominância balanceada	7	35%
Dominância de esquerda	1	5%
TOTAL	20	100%

De acordo com a tabela, houve um predomínio da dominância de direita, o que vai de encontro com o proposto na literatura.¹⁰

No entanto, em outro estudo, no qual se fez a relação entre o padrão anatômico e as condições patológicas das artérias coronárias,

em 269 corações humanos encontra dominância de direita em 48%, balanceada, em 34%, e dominância de esquerda em 18%. Refere, ainda, que os infartos, ocorridos nos corações com circulação balanceada, são mais benignos, raramente levando a morte, concluindo que o tipo de circulação balanceada é o melhor padrão para o ser humano.¹¹ Por outro lado, os corações com dominância de esquerda constituem um grupo patologicamente importante, pois são os que mais sofrem com a

arteriosclerose e, conseqüentemente, com o infarto do miocárdio. A figura 3 mostra um dos corações com dominância balanceada.

Como pôde ser observado, vários autores destacam a importância do conhecimento das mais diversas variações da irrigação arterial cardíaca, sendo interessante, portanto, ao acadêmico de medicina, aprender sobre as principais variações e os mais relevantes aspectos clínicos que essas trazem consigo.

FIGURA 3 - Coração dissecado com dominância balanceada.



CONCLUSÃO

Findado o estudo, pode-se concluir que a anatomia coronariana verdadeiramente é muito diversa. Apesar de uma grande coerência de padrão de trajeto dos corações pesquisados (sendo 90% regulares), quanto a origem e a ramificação, encontraram-se taxas menores de regularidade (70%).

Ao analisar se poderia haver algum indicativo de correlação entre a origem dos vasos coronarianos e a hipertrofia aparente,

notou-se uma pequena taxa de 10% de correspondência.

A dominância mais encontrada foi a direita (60%), prevalência 25% maior que na literatura pesquisada; a dominância mista obteve percentualmente valor próximo (35% no presente trabalho, contra 34%); e a dominância esquerda foi encontrada em apenas 1 coração, representando 5%, bem abaixo dos 18% do trabalho supracitado.

Fatores como a região geográfica pesquisada, à época, o número de corações estudados podem ser a explicação para algumas diferenças encontradas em relação a outros trabalhos publicados. No entanto, como viés, o número de itens analisados (20 corações)

mostrou-se insuficiente para alcançar uma maior fidelidade da anatomia coronariana, além de todas as peças possuírem como origem o mesmo local, o laboratório de anatomia da FAMENE, limitando, assim, a qualidade dos resultados.

ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF ANATOMICAL VARIATIONS OF THE CORONARY ARTERIES SEGMENTS

ABSTRACT

The morphological study of the coronary arteries has always been a subject of great interest in anatomy and cardiology. Due to the variability in the distribution of the arteries in the heart and possible anatomic-clinical correlations between the type of irrigation and the different risk of myocardial infarction, the coronary arteries have been better studied lately, with the diffusion of the coronary angiography. A research of the experimental type, of descriptive aspect with an approach and quantitative in the Anatomy Laboratory of Nova Esperança Medical School, located in Bairro Gramame in the city of João Pessoa - Paraíba. The sample consisted of 20 cadaveric hearts dissected in the year 2016 and 2017, in mentioned laboratory. There are many variations of the coronary arteries described in the literature and that consider not only the alternation of the origin of these vessels, but also the dominance of the arterial supply, the difference of the gauge and length when compared to the majority. Despite a great consistency of path pattern of the hearts studied (being 90% regular), as to origin and branching, we found lower rates of regularity (70%). When analyzing whether there could be any indication of correlation between the origin of coronary vessels and apparent hypertrophy, a small 10% correspondence rate was noted. However, as a bias, the number of analyzed items proved to be insufficient to achieve greater fidelity of the coronary anatomy, in addition to all the pieces having a common origin, the FAMENE anatomy laboratory, limiting the quality of the results.

KEYWORDS: Anatomy. Anatomical Variation. Coronary. Cardiology.

REFERÊNCIAS

1. Souza Batista AV, Porto EA, Molina GP. Estudo da anatomia da artéria coronária esquerda e suas variações: perspectivas de nova classificação. *Revista Saúde & Ciência Online*. 2011;2(1):55-65.
2. Farias DC, Moreira AC, Tavares JM, Correia JN, Souza RS, Silva-Filho AR. Origem anômala da artéria coronária esquerda do seio de Valsalva direito. *Rev. bras. cardiol. invasiva*. 2013;21(1):82-4.
3. Angelini P, Velasco JA, Flamm S. Coronary anomalies: incidence, pathophysiology, and clinical relevance. *Circulation*. 2002 May 21;105(20):2449-54.

4. Souza SC. Lições de anatomia: manual de esplanologia. 1. ed. Salvador: EDUFBA; 2010.
5. Shi H, Aschoff AJ, Brambs HJ, Hoffmann MH. Multislice CT imaging of anomalous coronary arteries. *European radiology*. 2004 Dec 1;14(12):2172-81.
6. Taylor AM, Thorne SA, Rubens MB, Jhooti P, Keegan J, Gatehouse PD, Wiesmann F, Grothues F, Somerville J, Pennell DJ. Coronary artery imaging in grown up congenital heart disease: complementary role of magnetic resonance and x-ray coronary angiography. *Circulation*. 2000 Apr 11;101(14):1670-8.
7. Veras FH, Victor EG, Saraiva LC, Lopes MM. Origem anômala das artérias coronárias. *Rev Bras Cardiollnvas*. 2007 Sep;15(3):285-92.
8. Zeina AR, Blinder J, Sharif D, Rosenschein U, Barneir E. Congenital coronary artery anomalies in adults: non-invasive assessment with multidetector CT. *The British journal of radiology*. 2009 Mar;82(975):254-61.
9. Takimura CH, Nakamoto A, Hotta VT, Campos MF, Máximo M, Otsubo R. Origem anômala da artéria coronária esquerda no tronco pulmonar. relato de um caso em adulto. *Arq Bras Cardiol*. 2002;78(3):309-14.
10. Sobotta J et al.. *Sobotta atlas de anatomia humana*. 23. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 3 v.
11. Schlesinger MJ. Significant variations in the anatomic pattern of the coronary vessels. *Blood Heart Circ*. 1940;13:93-7.

ANÁLISE HISTOPATOLÓGICA DO ADENOCARCINOMA INVASIVO DE COLO UTERINO: RELATO DE CASO

Allana Desirée Teixeira de Oliveira^I
Cecília Estrela Rodrigues de Castro^{II}
João Onofre Trindade Filho^{III}
Kaline Daniele de Souza Amaro^{IV}
Vinicius Nogueira Trajano^V
Hermann Ferreira Costa^{VI*}

RESUMO

O adenocarcinoma de colo uterino é responsável por 25% dos cânceres cervicais, assintomático no início, com pico entre 50 e 60 anos. O diagnóstico precoce ocorre a partir de exame histopatológico em colposcopia. Sem rastreamento por exame citopatológico, sua expansão pode se tornar mais agressiva que o carcinoma de células escamosas, necessitando de tratamento eficaz, que varia de histerectomia isolada a associada à radioterapia, ou quimioterapia, em busca de qualidade de vida e boa resposta terapêutica. O objetivo do trabalho foi relatar um caso clínico de adenocarcinoma invasivo de colo uterino por sua menor incidência e pior prognóstico. O presente trabalho trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, do tipo estudo de caso, em clínica particular, em João Pessoa-PB, com paciente do sexo feminino, 39 anos. A coleta de dados ocorreu em uma revisão de prontuário médico com enfoque nas condições relativas à sintomatologia, evolução do quadro clínico e tratamentos utilizados. A partir de uma revisão da literatura, foi realizada uma análise crítica com os dados coletados. Esta pesquisa respeitou os aspectos éticos preconizados pela Resolução CNS 466/2012 e o Código de Ética Médica, valendo-se de termo de consentimento livre e esclarecido. M. M. L., 39 anos, inicialmente em exame citopatológico de rotina apresentou atipias celulares, que em exame histopatológico inicial, não revelou alterações. Após persistência de investigação e seguimento clínico, foi diagnosticada com adenocarcinoma invasivo de colo uterino, sem sintomas evidentes, e tratada com cirurgia de Wertheim-Meigs. Logo, é essencial educação em saúde para melhor rastreamento e prevenção de fatores de risco das lesões de colo uterino a toda população, seja por sua alta incidência, seja pelo seu prognóstico ruim se não diagnosticado e tratado precocemente, principalmente se adenocarcinoma.

PALAVRAS-CHAVE: Adenocarcinoma. Neoplasias do colo uterino. Papillomaviridae. Histologia.

Acadêmicos do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE^I
ORCID: 0000-0002-3439-9908

Acadêmicos do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE^{II}
ORCID: 0000-0001-8567-1433

Acadêmicos do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE^{III}
ORCID: 0000-0002-1174-6022

Acadêmicos do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE^{IV}
ORCID: 0000-0003-1073-078X

Doutor em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos (UFPB), Mestre em Ciência e Tecnologia de Alimentos (UFPB), Graduação em Farmácia (UFPB). ORCID: 0000-0001-7979-8921^V

Doutor em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos (UFPB), Mestre em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos (UFPB), Graduação em Farmácia (UFPB). ORCID: 0000-0002-6120-9823^{VI}
Autor Correspondente: hermanncosta@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O câncer é uma realidade cada vez mais preocupante no universo médico, devido aos índices de mortalidade e/ou de morbidade evidenciados, a depender do estágio evolutivo da doença quando detectada. Ainda mais perturbador que a taxa de mortalidade é o sofrimento emocional e físico dos portadores. Neoplasia significa “novo crescimento” (neoplasma), caracterizado por uma massa anormal de tecidos cujo crescimento é desordenado em relação aos tecidos normais e persiste de uma maneira excessiva e autônoma, após a interrupção dos estímulos que o originou. Esses tumores podem ser benignos ou malignos (câncer). Neste caso levando à invasão e comprometimento de órgãos vizinhos, ou à distância, ao lançar metástases responsáveis pela disseminação da neoplasia pelo organismo.¹

Dentre os tumores malignos, os carcinomas são de origem epitelial subdividindo-se em carcinomas escamosos, quando as células tumorais que o compõem derivam do epitélio estratificado escamoso. Constituem-se também em adenocarcinomas, quando essas células tumorais derivam do epitélio glandular.¹

Histologicamente, as células que compõem o tecido atingido exibem atipia, caracterizada pelo aumento nuclear, hiper cromasia, distribuição grosseira da cromatina, além de variações no tamanho e forma destes núcleos. Os adenocarcinomas endocervicais caracterizam-se por proliferação do epitélio glandular, composto por células endocervicais contendo núcleos atípicos, alongados, despolarizados, sobrepostos e hiper cromáticos, fugindo do arranjo que o caracteriza como derivação glandular, à medida que se torna menos diferenciado.¹

Com relação à etiopatogenia, o adenocarcinoma advém da infecção pelo *Papilomavirus Humano I* (HPV), um agente sexualmente transmissível, vírus de DNA. Dentre os quais,

os subtipos 16, 18 e 45 são os mais frequentes de estarem envolvidos neste processo neoplásico.^{1,2} Entre os fatores de risco para a infecção e carcinogênese viral estão a multiplicidade de parceiros sexuais, o início precoce da atividade sexual, a alta paridade, a infecção persistente por HPV de alto risco oncogênico, uso de contraceptivos orais com progestágenos, por mais de 10 anos, fumo (nicotina) e imunossupressão.^{1,3,4} Quanto à epidemiologia dos adenocarcinomas, predominaram entre a terceira e quarta década de vida. A infecção pelo HPV se dá por meio da entrada do vírus, através de microfissuras no epitélio, atingindo, no caso específico do adenocarcinoma, as células com alto poder de divisão celular denominadas células de reserva. Apresentam-se acima da camada basal do epitélio glandular endocervical e são consideradas células bipotentes pela sua capacidade em diferenciar-se em células escamosas bem como células glandulares. A reconhecida lesão pré-invasiva do adenocarcinoma é o adenocarcinoma *in situ*. Diferente dos carcinomas escamosos os adenocarcinomas ocorrem em uma frequência menor. Contudo, sua incidência tem aumentado, correspondendo hoje a cerca de 25% dos cânceres do colo uterino. Por atingir células bipotentes, a simultaneidade de ocorrência entre adenocarcinoma e carcinomas escamosos ocorre numa média de 50% dos casos. Também, o pico de incidência do câncer de colo uterino se faz entre 50 e 60 anos.

O eficaz diagnóstico se faz com o exame histopatológico a partir de colposcopia, após o rastreamento inicial com o citopatológico, pois a maioria dos casos é assintomático, apresentando queixas apenas em casos avançados, tais como dor, sangramento e corrimento do tipo “água de carne”. Conjuntamente, esse diagnóstico necessita de aprimoramento, visto que neoplasias de tal gravidade são muitas ve-

zes negligenciadas numa amostra citopatológica pela falta de vivência do analisador com as alterações desse tipo de epitélio glandular.⁵

A atipia histopatológica pode se apresentar restrita a espessura do epitélio acometido (carcinomas *in situ*) ou se tornar invasora, quando transpõe as células basais. Em consequência às dificuldades de interpretação do exame citopatológico, ainda preconizado para o rastreamento do câncer vigente no Brasil, a detecção dos adenocarcinomas endocervicais se dá quando estes já se mostram invasivos. Na rede pública de saúde, a morosidade para obtenção dos exames citopatológicos, além da conduta preconizada pelos profissionais inseridos na rede, muitos sem as necessárias informações quanto ao manejo dessas atipias, agravam o estágio de detecção da doença glandular.^{1, 4}

No que tange ao tratamento, o estágio *in situ* tem como conduta de eleição a histerectomia. Contudo, nos casos de prole não definida, a conização tem indicação se subtipo IA-1, realizada ou por bisturi a frio, ou por alças diatérmicas, através da cirurgia de alta frequência, bem como a traquelectomia radical em subtipos IA-2, após estadiamento histopatológico.⁵ Os cânceres invasivos são tratados por histerectomia com dissecação de linfonodos (Cirurgia de Wertheim-Meigs) e ainda quimioterapia e/ou radioterapia em casos mais avançados.^{1, 4}

O índice de recidiva é alto, aumentando-se a taxa de mortalidade quando se porta

adenocarcinoma em comparação a carcinoma escamoso (45% mais de chances). Caracteriza-se por ser radiosensível e não radiocurável. O seguimento deve ser realizado através de citopatologia e colposcopia por 5 anos.⁵ Estudos sugerem um seguimento maior, de aproximadamente 20 anos. A inserção de quimioterápico (cisplatina) no tratamento tem diminuído as recidivas e dado melhor prognóstico aos portadores.⁶

Diante disso, o adenocarcinoma de colo uterino é um câncer menos comum dentre os de colo uterino e ainda é diagnosticado tardiamente, em detrimento de sua potencial agressividade, gerando maior dificuldade terapêutica e menor eficiência nas respostas ao tratamento, o que culmina em pior prognóstico em pacientes afetadas. Uma doença passível de ser prevenida pela educação e informação da população para correto rastreamento e controle de fatores de risco.

O objetivo do presente trabalho é relatar um caso clínico de uma paciente diagnosticada com adenocarcinoma invasivo de colo uterino, devido a sua menor incidência e pior prognóstico em relação aos cânceres de colo uterino, bem como avaliar as características histopatológicas, bem como as consequências clínicas da neoplasia, a partir de análise do prontuário, além das condutas médicas adotadas, confrontando-as com as melhores opções de tratamento segundo a literatura.

MATERIAL E MÉTODOS

A partir do levantamento de dados encontrados na literatura, pesquisas bibliográficas na biblioteca Joacil de Brito Pereira da Faculdade de Medicina Nova Esperança e consulta a artigos originais nas bases de dados da Scielo e PubMed, foi realizado um

estudo de relato de caso de portadora de adenocarcinoma invasivo de colo uterino em uma paciente de 39 anos. O estudo se fez, através de revisão de prontuário médico registrado e devidamente autorizado, pelo laboratório e clínica Secicol Diagnósti-

cos. Após o levantamento de dados, procedeu-se o confronto com a literatura revisada

realizando-se análise crítica do caso estudado.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, M.M.L.S., 39 anos, branca, divorciada, do lar, G2 P2C, apresentou em exame citopatológico de rotina, realizado em maio de 2015, resultado compatível com ASC-US (Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado), não descartando uma lesão intraepitelial de alto grau. Foi encaminhada a avaliação colposcópica cujo resultado mostrou a presença de área de epitélio acetobranco tênue, exibindo margens retificadas, dentro da zona de transformação, classificado, segundo a Nomenclatura Colposcópica Internacional (2011), como achado colposcópico anormal grau I-menor, cuja topografia mostrava-se preocupante por estender-se ao canal endocervical, tendo sido, contudo, totalmente estudado em seus limites. A biópsia dirigida da lesão revelou cortes histológicos correspondentes à zona de transformação, apresentando revestimento epitelial estratificado escamoso com segmentos imaturos, exibindo atipias nucleares com atividade mitótica nas camadas mais profundas e disqueratose nos terços superficiais do epitélio, caracterizando uma lesão intraepitelial escamosa de alto grau em meio a metaplasia escamosa imatura.

Em fevereiro de 2016, a paciente foi encaminhada à colposcopia para coleta do citológico de ASC-US. Não foi evidenciado achado colposcópico anormal. Em junho do mesmo ano, relatou sangramento por via vaginal no período intermenstrual, procurando novamen-

te sua médica ginecologista. Ao exame especular, constatou-se a presença de formações polipoides que se exteriorizavam através do orifício externo do colo uterino. Na ocasião foi coletado novo material para exame citopatológico, que revelou atipias glandulares em células endocervicais, classificadas como adenocarcinoma *in situ*. Encaminhada para mais uma avaliação colposcópica, foi evidenciado na região do orifício cervical a presença de formações polipoides que se exteriorizaram ocupando todo o diâmetro do orifício cervical externo, composta por tecido friável, de aspecto glandular, com desgarramento espontâneo, em bloco, mediante manuseio local, sugestivo de invasão.

Procedeu-se a realização de biópsia do tecido atípico para estudo histopatológico em que foi detectada uma neoplasia de linhagem epitelial, formada por estruturas glanduliformes distorcidas, dispostas lado a lado, revestidas por epitélio colunar atípico, observando-se núcleos hiper cromáticos, estratificados e despolarizados, entremeados por mitoses, caracterizando um adenocarcinoma bem diferenciado. Diante de tal resultado, a paciente foi submetida à ressonância nuclear magnética para estadiamento aprimorado do tumor o qual estava localizado em região ístmica com extensão ao terço inferior da parede anterior da cavidade endometrial. A conduta preconizada para o caso foi a histerectomia ampliada tipo Wertheim Meigs.

DISCUSSÃO

O câncer de colo de útero é a terceira causa de câncer mais prevalente nas mulheres em todo o mundo, depois do câncer de mama e colorretal. A maior incidência nos países de baixa renda é reflexo da prevalência da infecção pelo HPV e pela qualidade e cobertura inferiores dos programas de rastreamento, como o Papanicolau. Até 80% das mulheres infectam-se com o HPV, mas este regride espontaneamente, sendo o tabagismo, imunidade e fatores genéticos alguns fatores de risco.⁷

O diagnóstico diferencial do adenocarcinoma é feito principalmente com o CEC (carcinoma espinocelular) e com o carcinoma adenoescamoso (misto). O adenocarcinoma representa 25% dos casos, já o carcinoma de células escamosas abrange a grande maioria, cerca de 77%, e o misto, 6%.⁸

Muitos fatores são associados ao carcinoma de células escamosas, como infecção pelo HPV, fumo, paridade, uso de contraceptivos orais, obesidade e infecção com outros agentes sexualmente transmissíveis, a exemplo do vírus *Herpes simplex* tipo 2 (HSV-2) e da *Chlamydia trachomatis*, cujo impacto no adenocarcinoma já é bem estabelecido. A falta de instrução, muitas variedades no comportamento sexual, uso de contraceptivos hormonais prolongados e positividade de HSV-2 estão relacionados significativamente aos riscos do adenocarcinoma.⁹

Já os adenocarcinomas, cerca de 94%, estão relacionados com os HPV 16, 18 e 45.⁸ Uma pesquisa realizada identificou a presença de HPV 16 em 47% das pacientes com adenocarcinoma e em 43% das pacientes com carcinoma adenoescamoso. Enquanto o HPV 18 foi encontrado em 34% e 35% das pacientes, respectivamente. O HPV 16 foi detectado mais frequentemente nas mulheres acima de 50 anos e o HPV 18 nas mulheres mais jovens.⁹

A utilização da citologia cervical e da colposcopia proporcionaram uma considerável diminuição dos carcinomas invasivos, assim

como de suas lesões precursoras. Contudo, a sensibilidade dos métodos de rastreamento nos adenocarcinomas é menor do que nas lesões epidermóides, especialmente na citologia, que detecta apenas 38 a 50% dos casos de adenocarcinoma *in situ* (AIS) antes da conização. Por isso, existem muitas discussões acerca da maior agressividade das lesões glandulares em relação à escamosa, principalmente por estar localizada no canal endocervical e, devido ao comportamento endofítico, dificulta o diagnóstico precoce.¹⁰ A conização é realizada para fins diagnósticos e terapêuticos, e confirma histologicamente neoplasias intraepiteliais cervicais e glandulares.¹¹

No caso, M.M.L.S realizou primeiramente um exame citopatológico cujo resultado foi LIE-AG (Lesões Intraepiteliais de Alto Grau), indicando uma colposcopia posterior, que apresentou um epitélio acetobranco tênue na zona de transformação (ZT), caracterizando o grau 1. A biópsia revelou a presença de metaplasia escamosa imatura. Na metaplasia escamosa, o epitélio da endocérvice (epitélio colunar simples) se transforma no epitélio da ectocérvice (epitélio escamoso), avançando a partir da junção escamo-celular (JEC) original em direção ao óstio externo do colo, formando uma nova JEC. A zona de transformação (ZT) é a área entre a JEC original e a JEC mais externa, e 90% das lesões encontram-se nessa área de transformação.¹¹ Apesar da metaplasia, a paciente optou por não adotar medidas terapêuticas.

No caso relatado, em um segundo exame citológico, provavelmente a lesão seria não neoplásica (ASC-US), pois a colposcopia não apresentou anormalidades. Diante disso, o Sistema Bethesda criou, em 1988, um termo para uniformizar as alterações na citologia cervical de caracterização indefinida, ou limítrofe entre reativas e neoplásicas, denominando ASCUS as de caracterização indefinida em células escamosas e AGUS são as alterações encontradas em células glandulares¹². Em 2001, o Instituto

Nacional do Câncer dos Estados Unidos reformulou um novo esquema, eliminando a categoria AGUS e dividindo a categoria ASCUS em duas: atipias de células escamosas (ASC) de significado indeterminado, mas possivelmente

não neoplásico (ASC-US), e atipias em células escamosas de significado indeterminado, em que não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H).¹³

QUADRO 1 - Terminologia Colposcópica do Colo Uterino (segundo IFCCP, 2011)¹⁴.

Achados Colposcópicos Anormais	Princípios gerais	<ul style="list-style-type: none"> - Localização da lesão: Dentro ou fora da ZT e de acordo com a posição do relógio - Tamanho da lesão: Número de quadrantes do colo uterino envolvidos pela lesão e tamanho da lesão em porcentagem do colo uterino
	Grau 1 (Menor)	<ul style="list-style-type: none"> - Epitélio acetobranco tênue, de borda irregular ou geográfica; - Mosaico fino; - Pontilhado fino
	Grau 2 (Maior)	<ul style="list-style-type: none"> - Epitélio acetobranco denso, Acetobranqueamento de aparecimento rápido; - Orifícios glandulares espessados; - Mosaico grosseiro; - Pontilha do grosseiro; - Margem demarcada; - Sinal da margem interna; - Sinal da crista (sobrelevado).
	Não específico	<ul style="list-style-type: none"> - Leucoplasia (queratose, hiperqueratose); - Erosão; - Captação da solução de lugol: <ul style="list-style-type: none"> - Positiva (corado/teste de Schiller negativo) - Negativa (não corado/teste de Schiller positivo)

A lesão do adenocarcinoma *in situ* geralmente é multifocal, podendo envolver vários quadrantes do colo, incluindo ectocérvice e epitélio glandular. A maioria das lesões ocorre próxima a zona de transformação⁹, assim como ocorreu com M.M.L. S, que foi submetida à nova colposcopia na qual foram encontrados, só então, sinais sugestivos de invasão. A biópsia define a presença de um adenocarcinoma bem diferenciado, com um padrão de crescimento infiltrativo para o estroma, fazendo com que o colo tenha forma de barril e, às vezes, volumoso⁸, bem como ocorreu com a paciente que questão, confirmando seu diagnóstico.

Já o tratamento do câncer cervical depende do estágio clínico da doença e pode variar de histerectomia isolada a associada à

radioterapia, ou quimioterapia em situações especiais. Entretanto, os efeitos colaterais e a morbidade dessas terapias afetam bastante a qualidade de vida dos pacientes¹⁵. Exames de imagem como a ressonância magnética (RNM) e o PET/CT auxiliam na avaliação do volume tumoral e sua localização, e também propiciam um melhor planejamento da radioterapia e uma análise da resposta terapêutica⁸. A paciente foi submetida à cirurgia de Wertheim-Meigs, uma histerectomia radical ampliada com linfadenectomia pélvico-obturatória bilateral, assim como preconiza a literatura analisada, devido ao caráter invasivo da lesão, além do prognóstico ruim em casos muito avançados não devidamente tratados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As neoplasias de colo uterino são um problema de saúde pública por sua alta taxa de mortalidade, porém, têm boa probabilidade de cura quando diagnosticadas precocemente, além de passíveis de prevenção pela educação e informação da população, quanto ao rastreio correto e controle de seus fatores risco, principalmente o adenocarcinoma por sua menor incidência. Além disso, provocam alterações na qualidade de vida das mulheres acometidas, o que nos remete a discussão de como os serviços de saúde se organizam para contemplar a integralidade do cuidado, desde o rastreio até diagnóstico e tratamento precoces.¹⁶ Logo, a educação em saúde torna-se

imprescindível para geração de qualidade de vida quando se fala em câncer de colo uterino, principalmente o adenocarcinoma.

Neste estudo de caso, houve um rastreio correto da lesão a partir de exame citopatológico que permitiu diagnóstico histopatológico confirmatório, após colposcopia com biópsia como também houve insistência médica para repetição da técnica a partir da visão clínica da lesão. Assim, ocorreu identificação em tempo suficiente para realização do tratamento curativo cirúrgico ampliada e a oferta de maior qualidade de vida a paciente em questão.

HISTOPATHOLOGICAL ANALYSIS OF INVASIVE ADEMOCARCINOMA OF UTERINE COLUMN: CASE REPORT

ABSTRACT

Adenocarcinoma of the cervix is responsible for 25% of cervical asymptomatic cancers, at the beginning, with a peak between 50 and 60 years. Early diagnosis from histopathological examination in colposcopy after cytopathological examination usually does not occur, making it more aggressive than squamous carcinoma cell, requiring effective treatment, ranging from isolated hysterectomy to radiotherapy or chemotherapy, in search of quality of life and good therapeutic response. The objective of this study was to report a clinical case of invasive adenocarcinoma of the cervix due to its lower incidence and worse prognosis. The present study deals with a qualitative and quantitative research, of the case study type, in a private clinic, in João Pessoa, Paraíba state, with a female patient, 39 years old. The data collection took place in a review of medical records focusing on the conditions related to the symptomatology, evolution of the clinical picture and treatments used. From a review of the literature, a critical analysis was performed with the data collected. This research respected the ethical aspects advocated by CNS Resolution 466/2012 and the Code of Medical Ethics, having a free and informed consent form. M. M. L., 39 years old, initially routine cytopathological examination showed cellular atypia, which on initial histopathological examination revealed no alterations. After persistence of investigation and clinical follow-up, she was diagnosed with invasive adenocarcinoma of the cervix, without obvious symptoms, and treated with Wertheim-Meigs surgery. Therefore, health education is essential for better screening and prevention of risk factors for cervical lesions in the entire population, either because of its high incidence or because of its poor prognosis if not diagnosed and treated early, mainly adenocarcinoma.

KEYWORDS: Adenocarcinoma. Neoplasms of the cervix. Papillomaviridae. Histology.

REFERÊNCIAS

1. Abbas AK, Fausto N, Kumar V. Patologia - Bases Patológicas das Doenças 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
2. Ayres AR, Silva GAE. Prevalência de infecção do colo do útero pelo HPV no Brasil: revisão sistemática. Rev. Saúde Pública 2010; 44(5):963-974.
3. Bosch Fx, Lorincz A, Muñoz N, Meijer C, Sahah KV. The causal link between human papillomavirus and invasive cervical cancer a population-based case-control study in Colombia and Spain. Int J Cancer 1992; 52:743-749.
4. Thuler L. C., Bergmann A, Casado L. Perfil das pacientes com câncer do colo do útero no Brasil, 2000-2009: estudo de base secundária. Rev. Brasileira de Cancerologia, Instituto Nacional de Câncer 2012; 58(3):351-357.
5. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA; 2011.
6. Calazan CL, Ronir R, Ferreira I. O diagnóstico do câncer do colo uterino invasor em um centro

de referência brasileiro: tendência temporal e potenciais fatores relacionados. Rev. Brasileira de Cancerologia, Instituto Nacional de Câncer 2008; 53(4):325-331.

7. Barbosa IR, Souza DL, Bernal MM, Costa IC. Desigualdades regionais na mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil: tendências e projeções até o ano 2030. Ciênc. saúde coletiva 2016; 21(1):253-262.

8. Teixeira JC, Carvalho NS, Esteves SC, Zeferino LC. Particularização do adenocarcinoma do colo frente ao conhecimento atual. Rev. FEMINA 2012; 40(5):269-274.

9. Castellsagué X, Diaz MS, Muñoz N, Herrero R, Franceschi S, Peeling RW, Ashley R, Smith JS, Snijders PJ, Meijer CJ, Bosch FX. Worldwide Human Papillomavirus Etiology of Cervical Adenocarcinoma and Its Cofactors: Implications for Screening and Prevention. Journal of the National Cancer Institute 2006; 98(5):303-315.

10. Campaner AB, Santos RE, Matos L, Carvalho CR, Nadais RF, Aoki T. Adenocarcinoma in situ do colo uterino: aspectos atuais. Rev. FEMINA 2007; 35(9):557-564.

11. Camargo AC, Departamento de Ginecologia.

Manual de Condutas em Ginecologia Oncológica. São Paulo: FAP; 2010.

12. Sebastiao AP, Noronha L, Scheffel DL, Garcia MJ, Carvalho NS, Collaço LM, Bleggi-Torres LF. Estudo das atipias indeterminadas em relação à prevalência e ao percentual de discordância nos casos do Programa de Prevenção do Câncer Uterino do Paraná. J. Bras. Patol. Med. Lab. 2004; 40(6):431-438.

13. Carvalho, MC, Queiroz, AB. Lesões Precursoras do Câncer Cervicouterino: Evolução Histórica e Subsídios para Consulta de Enfermagem Ginecológica. Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery-EEAN/UFRJ 2010; 14(3):617-624.

14. Comitê de Nomenclatura da Federação Internacional de Patologia Cervical e Colposcopia. Terminologia Colposcópica. Rio de Janeiro: IF-CPC; 2011.

15. Sadalla JC, Andrade JM, Genta ML, Baracat EC. Cervical cancer: what's new? Rev. Assoc. Med. Bras. 2015; 61(6):536-542.

16. Soares MC, Meincke SM, Meshima SM, Simino GPR. Câncer de colo uterino: caracterização das mulheres em um município do sul do Brasil. Esc Anna Nery Rev Enferm 2010; 14 (1):90-96.

OBESIDADE, SÍNDROME METABÓLICA E IMPACTO NA SAÚDE DO IDOSO BRASILEIRO

Daniel Sarmento Bezerra^{I*}

Camila Irineu Moura Alencar Falcão^{II}

Rayza Prado Barreto Santos Ramiro^{III}

Felipe Brandão dos Santos Oliveira^{IV}

RESUMO

Os idosos são a parcela da população brasileira que mais cresceu na última década e o envelhecimento está intimamente associado ao aumento na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, a exemplo das doenças endócrinas e cardiovasculares. Estas doenças impactam na longevidade e na qualidade de vida ao se desdobrarem em danos físicos, psicológicos e sociais aos idosos. O presente trabalho consiste em uma revisão integrativa de literatura, nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), utilizando os descritores: obesidade, síndrome metabólica e idoso, e teve como objetivo discutir sobre os impactos que a obesidade e a síndrome metabólica promovem ao idoso brasileiro. Os resultados mostram que os idosos da zona urbana apresentam menos chances de adoecimento que os de zona rural uma vez que são mais informados e possuem maior acesso aos serviços de saúde. Ademais, existe uma tendência da população mundial em agregar hábitos saudáveis, atividades físicas e práticas alternativas de higiene mental, o que corrobora com o aumento da qualidade de vida e diminuição das principais doenças crônicas. Ao mesmo tempo, a análise do IMC – Índice de Massa Corporal, em larga escala, pode ser um instrumento epidemiológico de grande valor para predizer agravos e antecipar políticas adequadas a cada região do país, aproveitando o fato da mulher ser mais propensa ao autocuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Obesidade. Serviços de Saúde para Idosos. Saúde Pública.

Estudante de Medicina, Faculdade de Medicina Nova Esperança e Departamento de Medicina^I
ORCID: 0000-0003-1430-4796

Autor correspondente: sarmentomedaniel@gmail.com

Estudante de Medicina, Faculdade de Medicina Nova Esperança e Departamento de Medicina.^{II}
ORCID: 0000-0003-4732-2747

Estudante de Medicina, Faculdade de Medicina Nova Esperança e Departamento de Medicina.^{III}
ORCID: 0000-0003-1070-1946

Faculdade de Medicina Nova Esperança - Departamento de Medicina.^{IV}
ORCID: 0000-0002-1682-4755

INTRODUÇÃO

Os idosos são a parcela da população brasileira que mais cresceu na última década e o envelhecimento acelerado está intimamente associado ao aumento na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, a exemplo das doenças endócrinas e cardiovasculares¹. Um dos maiores problemas de saúde pública é a obesidade, que é o acúmulo excessivo de gordura corporal nas células do tecido adiposo do corpo humano, sendo este acúmulo diretamente relacionado aos hábitos alimentares².

Segundo a ABESO (Associação Brasileira para Estudos de Obesidade e Síndrome Metabólica), 52,5% dos brasileiros estavam obesos em 2014. Em um estudo paralelo efetuado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ficou demonstrado que entre 2003-2013 este valor saltou para a casa dos 60%. Ao menos 82 milhões de brasileiros estão com sobrepeso, sendo que o sexo feminino representa 58,2%. Ademais, o estudo alerta para fatores como idade, sexo, genética e hábitos de vida, já que os homens tendem a engordar a partir dos 25 anos e têm alimentação mais desregrada. Já as mulheres engordam aos 35 e possuem maior chance de síndrome metabólica por questões hormonais⁸.

Ao mesmo tempo que a população urbana de idosos cresce e toma para si a resolução dos problemas diários de forma cada vez mais empoderada, temos um grande desafio sendo enfrentado cotidianamente pelos profissionais de saúde que é alcançar a população idosa das pequenas cidades e das zonas rurais. Estes cidadãos muitas vezes convivem com a total ignorância acerca de conhecimentos simples e que podem evitar diversas doenças³.

Os hábitos de vida das populações idosas das diferentes regiões do país variam muito e traduzem ao pesquisador algumas possíveis ameaças a saúde quando colhidas informações

sobre o IMC - Índice de Massa Corporal dos entrevistados. Este indicador é simples, rápido e possibilita ao médico inferir sobre diversas doenças que possam estar ameaçando a vida do paciente, sendo uma ferramenta bastante eficaz no combate as doenças endócrinas segundo a Organização Mundial da Saúde^{1,4}.

O IMC é calculado dividindo-se o peso pela altura elevada ao quadrado e o normal é que esteja entre 18,5 e 24,9; sendo sobrepeso até 30 e obesidade quando ultrapassar 30¹. Por sua vez, pacientes que têm IMC maior que 40 já se encontram dentro dos candidatos a procedimentos cirúrgicos para redução de peso. O Brasil é um país de proporções continentais e possui, por sua vez, cerca de 19 milhões de pessoas com IMC maior ou igual a 30, o que caracteriza obesidade tipo 1⁴.

As sociedades de cardiologia de todo o mundo alertam para os riscos da obesidade como fator de risco para uma série de doenças que, unidas, provocam a síndrome metabólica, principalmente em idosos, quando o metabolismo é mais lento. Os idosos obesos são mais propensos a desenvolver e/ou agravar doenças de base como: hipertensão, diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, entre tantas doenças endocrinometabólica. Por fim, conviver com as várias comorbidades causadas pela síndrome metabólica^{1,3}.

A síndrome metabólica - SM é um fenômeno endócrino que agrega hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade abdominal e muitos estudos indicam que as pessoas são afetadas em razão direta com a idade. Ademais, a presença da SM em paciente idoso aumenta em até cinco vezes os riscos cardiovasculares e cerebrovasculares¹. Por outro lado, novos critérios, foram agregados para o melhor diagnóstico da SM: circunferência abdominal aumentada, hiperglicemia de jejum, HDL- co-

lesterol baixo, hipertrigliceridemia e pressão arterial elevada, sendo que o paciente para ser diagnosticado com SM deve ter ao menos 3 dos supracitados^{1,5}.

Desta forma, esta pesquisa, através da questão norteadora “quais os impactos que

a obesidade e a síndrome metabólica têm na saúde do idoso brasileiro?”, teve como objetivo buscar e discutir artigos que relacionem a obesidade, a síndrome metabólica e as consequentes implicações e impactos na saúde do idoso brasileiro.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo tratou-se de uma pesquisa de revisão integrativa de literatura. Esse método tem por finalidade agrupar e sintetizar resultados de pesquisas acerca de um dado tema, de uma forma organizada, a fim de contribuir para um aprofundamento no conhecimento sobre a questão abordada⁶.

Realizou-se uma revisão sobre as produções científicas com base nos impactos causados pela síndrome metabólica como também da obesidade na saúde do idoso brasileiro, no contexto nacional, na área de saúde. Esse método permite “[...] a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado”⁷ O uso deste método permite como resultado a atual situação de conhecimento sobre o tema abordado, a implementação de intervenções na assistência à saúde e a identificação de lacunas que necessitem de mais aprofundamento no assunto.

Para elaboração desse estudo, foram utilizadas as seis etapas da revisão integrativa citadas⁶, com o intuito de organizar as informações coletadas.

1ª etapa: elaboração da questão norteadora. Sua definição é a fase mais importante, pois determina a identificação do que deve ser abordado para contemplar o tema proposto.

2ª etapa: busca ou amostragem na literatura. A busca foi realizada de forma ampla e diversificada nas bases de dados confiáveis, sendo levado em consideração que a deter-

minação dos critérios de inclusão e exclusão para seleção do material deveria ser realizada em concordância com a pergunta norteadora.

3ª etapa: coleta dos dados. Nesta etapa ficou definido o que seria extraído dos estudos selecionados através do uso de um instrumento previamente elaborado, com a finalidade de organizar as informações-chave de maneira concisa para construção do estudo.

4ª etapa: análise crítica dos estudos incluídos. Nesta fase foi realizada a análise dos dados de forma detalhada para garantir a validade da revisão. Sempre levando em consideração a questão norteadora como base para toda análise.

5ª etapa: discussão dos resultados. Nesta fase foram discutidos os resultados obtidos na pesquisa e realizou-se uma análise crítica acerca do que foi evidenciado.

6ª etapa: apresentação da revisão integrativa. Esta é a fase onde o estudo foi devidamente elaborado. Contendo informações suficientes para que o leitor faça uma análise sobre o estudo realizado.

Os artigos foram selecionados na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Os descritores utilizados foram: obesidade, síndrome metabólica e idoso, através dos operadores booleanos “AND” e “OR”, com o objetivo de facilitar as buscas aos materiais indexados nas bases de

dados.

O universo da pesquisa foi composto por artigos online no campo da saúde, relacionados com a saúde do idoso. Para isso foram determinados os seguintes critérios de inclusão: estarem disponíveis em texto completo nas bases de dados selecionadas, serem publicações do tipo artigo, no período de 2012 a 2017, no idioma português. Os critérios de exclusão foram: dissertações e teses, e não contemplarem o tema proposto.

As informações contidas no referido instrumento visaram a caracterização e as contribuições das publicações selecionadas, no sentido de atender aos objetivos propo-

tos para a investigação. São elas: identificação do artigo, base de dados, ano e origem da publicação, método e periódico.

Na busca inicial com a utilização dos descritores e critérios de inclusão, foram localizados 9.577 artigos sendo 5.160 disponíveis na íntegra. Após a utilização dos filtros e selecionados 116 artigos, destes apenas 20 possuíam dados compatíveis com a revisão. Após retirar artigos repetidos, 07 compuseram a dissertação. Os dados dos estudos incluídos na pesquisa foram categorizados, analisados e discutidos estabelecendo-se relações com a fundamentação teórica em foco.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

QUADRO 1 - Distribuição dos artigos que elaboraram a amostra segundo título, periódico, objetivo e resultado.

	TÍTULO	PERIÓDICO	OBJETIVO	RESULTADO
E1	Correlação entre indicadores de obesidade abdominal e lipídeos séricos em idosos.	Rev. Assoc. Med. Bras.	Verificar a correlação entre os indicadores antropométricos de obesidade abdominal e lipídeos séricos em idosos.	Foram avaliados 321 idosos (67,6% mulheres). Verificaram-se correlações significativas entre os indicadores de obesidade abdominal e as frações lipídicas apenas no grupo das mulheres. A circunferência de cintura foi preditora de 9,2% da variação do HDL e a relação circunferência e quadril de 7,3 % da variação do TG.
E2	Associação da obesidade com a percepção de saúde negativa em idosas: um estudo em bairros de baixa renda de Curitiba, Sul do Brasil.	Rev. Salud Pública	Analisar a associação entre o estado nutricional (sobrepeso e obesidade) e a percepção de saúde em idosas de regiões de baixa renda do município de Curitiba, Brasil.	Idosas obesas tiveram duas vezes mais chances de ter uma percepção negativa de saúde.

E3	Potencializando um grupo de terceira idade de uma comunidade rural.	Rev Esc Enferm USP	Descrever as fases do processo de potencialização de um grupo de terceira idade de uma comunidade rural.	O grupo foi capaz de acolher a novidade, expressar angústias e compartilhar alegrias. Os novos conhecimentos levaram a mudanças com adaptação a hábitos saudáveis e melhora no relacionamento interpessoal.
E4	Prevalência de Síndrome Metabólica em Idosos e Concordância entre Quatro Critérios Diagnósticos.	Arq. Bras. Cardiol	Determinar a prevalência de SM em idosos por quatro critérios diagnósticos e a concordância entre esses.	A prevalência de SM foi elevada em todos os critérios utilizados no estudo.
E5	Peso e altura autorreferidos para determinação do estado nutricional de adultos e idosos: validade e implicações em análises de dados.	Cad. Saúde Pública	Avaliar a validade das medidas de peso e altura autorreferidas, e o efeito dos erros sobre o IMC de adultos e idosos.	As avaliações de autopercepção precisam ser bem referenciadas e analisadas já que nem sempre os dados são verdadeiros. Dependendo do convívio social pode haver omissão das informações. Neste estudo os resultados se mostraram pouco discrepantes.
E6	Prevalência de Síndrome metabólica em idosos de comunidades urbana e rural participantes do HIPERDIA do município de Coimbra/MG, Brasil.	Invest. Educ. Enferm	Identificar a prevalência da síndrome metabólica (MS) e a influência do gênero e local de residência dos idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família no município de Coimbra (estado de Minas Gerais, Brasil).	As mulheres apresentaram maior prevalência de MS – Síndrome Metabólica (urbano = 40%, rural = 37%) que os homens (urbano = 13%, rural = 22%). Sendo as mulheres mais expostas à obesidade (urbano = 80,4%, rural = 78,6%) do que os homens, independentemente do local de residência.
E7	Fatores associados à Síndrome Metabólica em idosos: uma revisão integrativa.	Revista Kairós Gerontologia	Identificar os fatores de risco associados à Síndrome Metabólica em idosos, por meio de uma revisão integrativa, no período de 2003 a 2013.	A prática regular de atividade física, associada a uma dieta rica em frutas, verduras, e cereais integrais, influencia no controle da síndrome.

O Brasil possui uma perspectiva de ter, até o ano de 2040, ao menos 52 milhões de idosos. Isto significa que eles serão 25% da população brasileira. O sistema de saúde pública não está qualificado nem adaptado para aten-

der um aumento tão significativo no número de usuários e medidas político-administrativas precisam ser postas em prática com urgência para evitar o colapso total dos serviços médicos em um futuro próximo^{2,3}.

Avaliando-se pacientes brasileiros com média de 65 anos, pode-se concluir que ao menos 88% das mulheres eram portadoras de SM, e entre os homens, o índice chegou a 74%. Uma das explicações para que mulheres tenham maior prevalência nos índices de SM, além de maus hábitos de vida, é que ao entrar na menopausa a ausência de estrogênio que por sua vez contribui para uma elevação do colesterol o que culmina em dislipidemias^{1,2,5}.

Neste ínterim, as discussões acerca da SM são de grande importância já que esta síndrome endócrina é bastante recorrente entre os idosos, causa distúrbios cardiovasculares como tromboflebitas, tromboembolismo, infarto agudo do miocárdio, trombose venosa profunda; além de eventos cerebrovasculares como tromboembolias e acidentes vasculares isquêmicos e hemorrágicos. Ainda, limitações que geram grandes custos orçamentários aos cofres públicos; ainda, muitas vezes levando o paciente a óbito¹.

Sabendo que a SM é um agravo de alto impacto para a saúde do idoso brasileiro se faz urgente que haja uma força tarefa focada para melhorar os índices de sedentarismo e maus hábitos alimentares prevalentes neste grupo. Através de campanhas de educação e promoção de saúde, que são instrumentos fáceis e baratos de se realizar, com a finalidade de modificar o pensar e empoderar os idosos para uma vida mais plena e saudável^{1,4,5,6}.

Os maus hábitos de vida provocam doenças cardíacas, renais e endócrinas; levando o idoso a uma rotina de viagens em busca de atendimento médico longe de suas regiões de origem. Estes deslocamentos são caros e desgastantes, inclusive, promovendo a piora e o adoecimento desse idoso. Diversos estudos ao redor do mundo evidenciam que os números da circunferência de homens e mulheres aumentam com a idade – o limite máximo é 94 cm para homens e 80 cm para mulheres - propiciando um dos fatores de risco dos mais

importantes para a instalação da SM^{1,2,4}.

Ao mesmo tempo em que se discutem formas de melhorar os padrões de vida da população idosa, através de programas que incentivem melhores hábitos alimentares e redução do sedentarismo, temos um instrumento de grande valia no estudo epidemiológico da obesidade e de fácil aplicabilidade que é o programa de Vigilância dos Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), que une dados de IMC acrescidos de dados socioculturais e de hábitos de vida⁵.

Serviços como o supracitado são importantes principalmente para que se atinja a população rural e seja possível desenhar estratégias específicas que possam ser implementadas por longos períodos em cada área descoberta. As barreiras que atravancam o acesso dos idosos aos serviços de saúde não são apenas geográficas; são econômicas, sociais, culturais e funcionais. Assim, neste grupo, a realização de trabalhos de ação social coletiva, através da educação em saúde, pode ocasionar uma consciência de aceitação e superação das limitações impostas pelas comorbidades que porventura venham a existir^{3,7}.

Estas ações de educação em saúde devem ser realizadas através de práticas interativas e com o compartilhamento de experiências vividas, demonstrando interesse e humanizando as práticas de saúde utilizadas. O engajamento social dos idosos entre si busca a solidariedade no combate não só a doenças crônicas como psíquicas. A junção de informações e hábitos saudáveis concorrem para que o idoso adoça menos e não precise de atendimento médico-hospitalar³.

Ao compararmos o povo brasileiro em suas diversas regiões é importante discutir que as pesquisas com IMC são mais disseminadas que as que investigam a circunferência abdominal dos pacientes. Ainda que estas sejam mais predominantes em relação às que

investigam perfis lipídicos de idosos, existe uma resposta muito diversa com conclusões extremas para riscos cardiovasculares, já que lugares mais distantes como a região Norte

possuem hábitos alimentares e culturais bem distintos da região Sudeste. Esta mais industrializada que aquela^{1,4}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao compreender que o Brasil é um país com muitas desigualdades e de uma pluralidade impar em sua cultura e hábitos de vida, é possível começar a formar algumas ideias acerca de como prevenir doenças e agravos na população idosa. A partir de políticas públicas adequadas as diversas regiões é possível conscientizar esse idoso e fazer com que ele se previna contra diversas doenças que possam reduzir sua qualidade de vida. Doenças sérias como a Síndrome Metabólica implicam em outras comorbidades como hipertensão arterial de difícil controle, diabetes e doença aterosclerose que remetem ao uso contínuo não só de medicamentos como procedimentos e cirurgias, muitas vezes indisponíveis nas

regiões mais distantes do país.

Regiões mais cosmopolitas possuem melhores condições médico-hospitalares para atendimento dos seus idosos ao contrário das regiões rurais mais afastadas dos grandes centros urbanos. Sendo assim, estudos epidemiológicos locais e regionais são imprescindíveis e precisam de uma manutenção ativa para que haja uma melhor abordagem dos planos de promoção de saúde em todo o território nacional. Ainda, o desbravamento dos sertões, por equipes de saúde, e a manutenção de campanhas de promoção e educação em saúde são ferramentas indispensáveis para que haja discernimento, independência e autonomia.

OBESITY, METABOLIC SYNDROME AND IMPACT ON THE HEALTH OF THE ELDERLY BRAZILIAN: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT

The elderly Brazilian population that has grown the most in the last decade and aging is closely associated with the increase in the prevalence of chronic non-communicable diseases, such as endocrine and cardiovascular diseases. These diseases impact on longevity and quality of life as they unfold in physical, psychological and social damages to them. The present work consists of an integrative review of literature, in the databases of the Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): LILACS (Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences), using the descriptors: obesity, metabolic syndrome and elderly, and had the objective to discuss about the impacts that obesity and the metabolic syndrome promote to the Brazilian elderly. The results show that the elderly in the urban zone are less likely to become ill than rural people, since they are more informed and have greater access to health services. In addition, there is a tendency of the world population in aggregating healthy habits, physical activities and alternative practices of mental hygiene; which corroborates with the increase of the quality of life and decrease of the main

chronic diseases. At the same time, the analysis of BMI - body mass index, on a large scale, can be a valuable epidemiological tool to predict problems and anticipate policies appropriate to each region of the country, taking advantage of the fact that women are more prone to self-care.

KEYWORDS: Obesity. Health Services for the Elderly. Public health.

REFERÊNCIAS

1. ROCHA FL, MENEZES TN, MELO RLP, PEDRAZA DF. Correlação entre indicadores de obesidade abdominal e lipídeos séricos em idosos. Rev. Assoc. Med. Bras. 2013 Jan 59(1).
2. VAGETTI GC, BARBOSA-FILHO VC, MOREIRA NB, OLIVEIRA V, SCHIAVINI L, MAZZARDO O, CAMPOS W. Associação da obesidade com a percepção de saúde negativa em idosas: um estudo em bairros de baixa renda de Curitiba, Sul do Brasil. Rev. salud pública, 2012 Nov 14(6).
3. MACHADO ARM, SANTOS WS, DIAS FA, TAVARES DMS, MUNARI DB. Potencializando um grupo de terceira idade de uma comunidade rural. Rev Esc Enferm USP, 2015 49(1): p. 96-103.
4. CALIXTO SCS, VINAGRE RMFD, ROCHA GF, FRANÇA TG. Prevalência de Síndrome Metabólica em Idosos e Concordância entre Quatro Critérios Diagnósticos. Arq. Bras. Cardiol, 2014 Mar 102(3).
5. DUCA GFD, CHICA DAG, SANTOS JV, KNUTH AG, CAMARGO MBJ, ARAÚJO CL. Peso e altura autorreferidos para determinação do estado nutricional de adultos e idosos: validade e implicações em análises de dados. Cad. Saúde Pública, 2012 jan 28(1).
6. PAULA JAT, MOREIRA OC, SILVA CD, SILVA DS, AMORIM PRS. Prevalência de Síndrome metabólica em idosos de comunidades urbana e rural participantes do HIPERDIA do município de Coimbra/MG, Brasil. Invest. educ. enferm, 2015 Mai 33(2).
7. NASCIMENTO JPS, MENEZES MAA, MALLMANN DG, JARDIM VCFS. Fatores associados à Síndrome Metabólica em idosos: uma revisão integrativa. Revista Kairós Gerontologia, 2015 Abr 18(2): p. 283-97.
8. Associação Brasileira de Estudos em Obesidade e Síndrome Metabólica. [homepage na internet]. Quase 60% dos brasileiros estão acima do peso, revela IBGE. [acesso em 06 mar 2019]. Disponível em: <http://www.abeso.gov.br>.

QUALIDADE DE VIDA E ASSISTÊNCIA AO PACIENTE IDOSO PORTADOR DE HIV/AIDS: REVISÃO INTEGRATIVA

Ivson José Almeida Medeiros Júnior^{I*}

Fernanda Camilo Madruga de Oliveira Lima^{II}

José Gomes Souto^{III}

Tainá Rolim Machado Cornélio^{IV}

Felipe Brandão dos Santos Oliveira^V

Iara Medeiros Araújo^{VI}

RESUMO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) é uma doença caracterizada por disfunção grave do sistema imunológico do indivíduo infectado pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). O tabu da sexualidade na terceira idade faz com que o número de idosos contaminados pelo vírus HIV venha crescendo de forma significativa. O trabalho objetiva investigar a incidência e qualidade de vida da população idosa com SIDA após o diagnóstico. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, constituída por publicações indexadas no banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde e da Scientific Electronic Library Online. Foram analisadas 17 publicações, sendo os fatores de inclusão: artigos com texto completo disponível em português, inglês ou espanhol entre os anos de 2010 e 2018, excluindo-se os repetidos, ou que não se encaixavam na temática. A investigação literária demonstrou que a taxa de incidência e mortalidade de AIDS em idosos vem aumentando nas últimas décadas. Isso se deve à invisibilidade do sexo na velhice, ao aumento da atividade sexual nessa faixa etária, ao baixo uso de preservativos e a escassez de práticas em saúde voltadas a essa população, gerando baixa adesão ao tratamento. Conclui-se que há necessidade de melhoria no acesso, qualidade e funcionamento dos serviços e profissionais de saúde, no intuito de fornecer tratamento adequado que venha suprir as necessidades dos usuários e melhorar a sua qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do Idoso. Qualidade de Vida. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

Estudante de Medicina, Faculdade de Medicina Nova Esperança e Departamento de Medicina^I
ORCID: 0000-0001-8028-5031 .Autor correspondente: ivson_medeiros@hotmail.com.

Estudante de Medicina, Faculdade de Medicina Nova Esperança e Departamento de^{II}
Medicina. ORCID: 0000-0003-3905-6493

Estudante de Medicina, Faculdade de Medicina Nova Esperança e Departamento de^{III}
Medicina. ORCID: 0000-0001-8232-1163

Faculdade de Medicina Nova Esperança e Departamento de Medicina.^{IV}
ORCID: 0000-0003-1733-9687

Professor da disciplina Integração, Serviço, Ensino e Comunidade do curso de Medicina da^V
Faculdade de Medicina Nova Esperança. ORCID: 0000-0002-1682-4755

Professor da disciplina Integração, Serviço, Ensino e Comunidade do curso de Medicina da^{VI}
Faculdade de Medicina Nova Esperança. ORCID: 0000-0003-2140-0620

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é uma doença caracterizada por disfunção grave do sistema imunológico do indivíduo infectado pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), sendo este transmitido por contato direto e/ou troca de fluidos corporais de uma pessoa já infectada¹. A relação sexual, por ser considerada atividade mais frequente na população jovem, transmite a ideia de que indivíduos acima de 60 anos não mantêm relações sexuais. Apesar de todos os tabus sociais, pessoas consideradas idosas ainda possuem o desejo sexual, não tendo motivo para que o prazer e o ato sexual sejam inibidos².

O envelhecimento é definido como um processo de progressivas modificações biológicas, psicológicas e sociais, ao longo da vida do ser humano e, segundo a Organização Mundial de Saúde, é considerado idoso o indivíduo com idade maior ou igual a 60 anos para os países em desenvolvimento e 65 anos para os desenvolvidos. Até o ano de 2025, conforme dados divulgados pelo Ministério da Saúde, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, o que corresponderá a 15% de sua população³.

Os primeiros casos de AIDS foram notificados a partir da década de 1980 e estavam associados aos grupos considerados suscetíveis, ou de risco para a aquisição do HIV: homossexuais do sexo masculino, profissionais do sexo e usuários de drogas. No início da epidemia, não se categorizavam os idosos como vulneráveis e as campanhas de prevenção direcionadas a essa população eram escassas ou até inexistentes, dificultando provavelmente a adesão deles aos métodos preventivos da doença⁴.

Com o aumento da expectativa de vida, associados a novos tratamentos médicos, entre eles a reposição hormonal e medi-

camentos que atuam na melhora do desejo sexual, a população idosa está redescobrando a sexualidade. Diante disso, esses indivíduos precisam ser orientados e instruídos de que a prática sexual não aumenta o risco de contrair o HIV, e sim quando esta é feita de forma desprotegida⁵.

A maior parte das campanhas de prevenção é voltada apenas para a população de adolescentes e adultos jovens, além disso, muitos profissionais de saúde e cuidadores consideram-se despreparados para fornecer informações a respeito da sexualidade e da prática sexual para idoso. Ainda há muito preconceito social ao se falar de sexualidade na terceira idade, o que faz com que a incidência de idosos contaminados pelo vírus HIV venha crescendo de forma significativa, pela falha na prevenção do contágio⁶.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, publicada pelo Ministério da Saúde em 2006, atualizou a Política Nacional de Saúde do Idoso de 1999 e definiu um marco legal, assegurando direitos sociais – entre eles, o direito à saúde. Posteriormente, em 2003, foi editado o Estatuto do Idoso (Lei nº. 10.741), determinando que o SUS deve assegurar e priorizar a integralidade da atenção e o acesso dos idosos à rede de saúde e de assistência social nos municípios. No Ministério da Saúde, desde 2008, as áreas técnicas responsáveis pela Saúde do Idoso e das DST/Aids atuam em interface para implementar políticas baseadas no conceito do envelhecimento ativo e saudável e no reconhecimento da vivência da sexualidade do idoso, passo fundamental para a adoção de práticas e atitudes preventivas, elegendo como público prioritário as pessoas com 50 anos ou mais⁷.

Assim, é notório que medidas de proteção/prevenção devem ser tomadas, haja

vista, os inúmeros fatores contribuintes para o aumento dos casos de AIDS na terceira idade. Considerando os dados que evidenciam aumento do diagnóstico do HIV entre a população idosa, e com a disponibilidade do trata-

mento que fornece controle da doença, conclui-se que deve haver maior investimento em políticas preventivas e diagnósticas voltadas para tal segmento populacional.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, constituída por publicações indexadas no banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Nas bases de dados foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde, da BIREME, disponibilizados no site <http://decs.bvs.br/>. Os descritores foram pesquisados usando-se o português, inglês e espanhol como idioma. São eles: Saúde do Idoso, Qualidade de Vida, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

A pesquisa foi iniciada em janeiro de 2018 e concluída em fevereiro de 2019. Inicialmente, criou-se uma pergunta norteadora “o que os artigos publicados entre 2010 e 2018 abordam sobre a incidência de AIDS na população idosa e como é a qualidade de vida dessa população após o diagnóstico?” Os fatores de

inclusão foram: artigos que tivessem o texto completo disponível em português, inglês ou espanhol entre os anos de 2010 e 2018. E os fatores de exclusão foram artigos repetidos, ou que não se encaixavam no tema, ou que não tivessem sido publicados no intervalo de tempo estimado. A pesquisa foi feita e foram encontrados 2 artigos na SCIELO e 49 artigos na BVS totalizando 51 arquivos. Dos 49 arquivos da Biblioteca Virtual de Saúde, 26 foram excluídos por não se relacionar com o tema, 6 por estarem repetidos e 2 por já estarem presentes no SCIELO.

A revisão da literatura foi feita por um pesquisador e, posteriormente, analisada por outro pesquisador diferente, que realizou a mesma busca de dados, analisou todos os arquivos selecionados e concordou com a análise de dados feita pelo pesquisador inicial.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao relacionar os textos encontrados, observou-se que o maior número de publicações ocorreu nos anos de 2011 e 2016, tendo um total de quatro publicações cada. Seguindo deles vem empatados os anos de 2010, com 3 publicações: 2014 e 2015, cada um com duas publicações e por fim os anos de 2012 e 2017 com apenas uma publicação.

No quadro 1 são ilustrados: base de dados em que os artigos foram extraídos, o ano de publicação, o título dos artigos, os seus objetivos e resultados.

QUADRO 1 - Detalhamento dos artigos analisados de acordo com a base de dados, ano de publicação o título e os objetivos do estudo.

ID	TÍTULO	OBJETIVO	RESULTADO
A1 BVS 2017	Qualidade de vida, fatores Socioeconômicos e clínicos e prática de exercício físico em pessoas vivendo com HIV/aids	Analisar se aspectos socioeconômicos, clínicos e de hábitos de vida saudável estão associados à qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/aids.	Os domínios que apresentaram menores médias para a qualidade de vida foram preocupação financeira, preocupação com sigilo, função geral e satisfação com a vida. Foram encontradas associações com as variáveis status socioeconômico e exercício físico; terapia; e exercício físico para os dois últimos domínios, consecutivamente.
A2 BVS 2016	Idosos, infecções sexualmente transmissíveis e AIDS: conhecimentos e percepção de risco	Investigar o conhecimento e verificar a percepção de risco de idosos quanto à contaminação por Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e HIV.	A maioria dos idosos era entre 60 70 anos, sexo masculino, casados, católicos, com o nível fundamental incompleto. Além disso, 40% dos idosos citaram o uso do preservativo como principal método de prevenção às infecções sexuais, 21,9% responderam que o HIV é transmitido de uma pessoa para outra por meio do contato sexual e 38,2% citaram que a doença não tem cura. Sobre a percepção de risco, 76,4% referiram que não tinham nenhuma possibilidade de adquirir Infecções Sexualmente Transmissíveis ou HIV, o que pode aumentar o risco de contaminação por essa população se considerar pouco vulnerável.
A3 BVS 2016	Prevalência de dislipidemias em pacientes em terapia antirretroviral atendidos em um serviço de assistência especializada em Cuiabá (MT)	Determinar a prevalência de dislipidemia em pacientes com HIV/síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS) atendidos no serviço de assistência especializada (SAE) de Cuiabá (MT), de acordo com o tempo de tratamento, o grau da doença e a droga utilizada no tratamento.	Foram avaliados 124 indivíduos, sendo 54,8% do sexo masculino. A faixa etária mais prevalente (50,8%) esteve entre 40 e 60 anos. No tocante à escolaridade, 36,8% relataram ter ensino superior incompleto. Quanto ao estado civil, 40,2% declararam-se casados. Com relação ao tempo de exposição ao tratamento antirretroviral, observou-se 44,2% de prevalência de dislipidemia nos pacientes com 1,0 a 4,9 anos de tratamento. Quanto ao estágio da doença, foi verificada prevalência de 53,4% de dislipidemia nos pacientes no estágio inicial (CD4≥500 cells/μL), porém houve piora progressiva do perfil lipídico com o avançar da doença. Concernente ao tipo de droga utilizada, 29,3% dos pacientes de nosso estudo utilizam o esquema “ITRNN + 2ITRN”.

ID	TÍTULO	OBJETIVO	RESULTADO
A4 BVS 2014	Representações sociais da qualidade de vida no HIV/AIDS: o papel do tempo de diagnóstico	Analisar a qualidade de vida e suas representações em momentos distintos do diagnóstico.	Na análise lexical, operacionalizada pelo software Alceste, a qualidade de vida frente ao diagnóstico emergiu em seu contexto ampliado, identificando cinco categorias. Constatou-se um perfil representacional da qualidade de vida tendente para aspectos positivos e de resignificação, apoiados nas novas simbologias atribuídas ao objeto AIDS.
A5 BVS 2014	Qualidade de vida, características clínicas e adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV / AIDS	Avaliar a qualidade de vida das pessoas vivendo com o vírus HIV/SIDA e suas associações com características clínicas e adesão ao tratamento.	Identificou-se que 60,5% eram do sexo masculino com idade média de 43 anos, 38,5% contavam com até cinco anos de estudo, 34,4% recebiam até dois salários mínimos e 35,7% estavam afastados das atividades laborais. Quanto às variáveis clínicas, os indivíduos com carga viral indetectável apresentaram maiores escores em todos os domínios de qualidade de vida, com diferença estatisticamente significativa em três domínios. Sobre a adesão ao tratamento, 73,8% apresentaram adesão insuficiente, os que apresentaram adesão estrita obtiveram melhores escores de qualidade de vida.
A6 BVS 2012	Perfil epidemiológico de idosos brasileiros que morreram por síndrome da imunodeficiência adquirida entre 1996 e 2007	Identificar o perfil epidemiológico de idosos no Sistema de Informação de Mortalidade acometidos por aids no Brasil entre 1996 e 2007.	Os óbitos foram predominantes em homens entre 60 e 69 anos, baixa escolaridade, casados e de cor branca, em sua maioria residentes nas Regiões Sudeste e Sul.
A7 BVS 2011	Qualidade de vida dos pacientes HIV positivo com mais de 50 anos	Investigar a qualidade de vida dos pacientes HIV+, com mais de 50 anos, através do instrumento HAT-QoL.	Verificaram-se baixos índices de renda e de escolaridade. Na escala HAT-QoL, constatou-se que as maiores preocupações eram quanto aos aspectos financeiros, ao sigilo, à saúde e à atividade sexual. Observou-se alto índice de confiança no médico, com a mediana no máximo da escala (100). A média de todos os domínios da escala HAT-QoL foi de 66,5 e o desvio padrão, 18,5.
A8 BVS 2011	Temáticas produzidas por portadores de HIV/AIDS em grupo de autoajuda	Identificar temáticas relatadas por portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em grupo de autoajuda.	Apesar do tempo de circulação do HIV na população e da intensa divulgação sobre a infecção, dúvidas fazem parte do cotidiano dos infectados.

ID	TÍTULO	OBJETIVO	RESULTADO
A9 BVS 2011	Vulnerabilidade das idosas ao HIV AIDS despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral revisão de literatura	Abordar os motivos para esse aumento do HIV em maiores de 50 anos, apontados conforme revisão não sistemática da literatura no período de 1999 a 2009.	A vulnerabilidade de idosos ao HIV/Aids tem sido relacionada a fatores como invisibilidade do sexo na velhice; desmistificação em curso da sexualidade na terceira idade, associada à ampliação do acesso a medicamentos para distúrbios eréteis e à participação de idosos em grupos de convivência; pequena adesão de homens idosos aos preservativos masculinos; e retardamento de políticas de prevenção direcionadas a este grupo etário.
A10 BVS 2011	Perfil clínico e epidemiológico da infecção pelo HIV/aids em idosos	Investigar o perfil clínico epidemiológico da infecção pelo HIV/AIDS diagnosticada em idosos que estiveram em seguimento clínico em um hospital referência, de janeiro de 2001 a dezembro de 2008.	Dos 208 prontuários analisados, 45,7% eram de mulheres e 54,3% de homens, com idade média de 60,6 anos. Categoria de exposição sexual foi a predominante e quanto ao CD4, 68,2% apresentaram contagem menor que 200 cel/mm ³ . A mortalidade foi elevada (44,7%).
A11 BVS 2010	Atenção à mulher com Soropositividade para o HIV: uma análise na perspectiva da integralidade	Analisar o cuidado à mulher com HIV a partir do cuidado integral. Para isto utilizaremos uma revisão sistemática de literatura baseada em autores que sustentam e apoiam a ideia de uma assistência integral à mulher com HIV.	O texto aborda a integralidade e suas conexões com a política/programas de saúde, diante do cuidado à mulher HIV sob a ótica da integralidade e a influência da formação profissional. Durante muito tempo a Aids foi considerada uma doença de homo e bissexuais masculinos, mas estudos apontam que a incidência em mulheres vem aumentando significativamente a cada ano.
A12 BVS 2015	Qualidade de vida, perfil socioeconômico, conhecimento e atitude sobre sexualidade de “pessoas que vivem” com o Vírus da Imunodeficiência Humana.	Analisar a qualidade de vida dos pacientes com SIDA e relacioná-la ao perfil socioeconômico, ao conhecimento e atitudes sobre sexualidade.	As dimensões da qualidade de vida mais comprometidas foram preocupação com sigilo (39,0), atividade sexual (45,9) e preocupação financeira (55,6). Escores de conhecimentos e atitudes sobre sexualidade foram: 31,7 e 14,8, respectivamente. Houve correlação significativa entre as atitudes e os domínios função geral, preocupação com saúde, preocupação com medicação e aceitação do HIV.
A13 BVS 2010	Early diagnosis of HIV in the elderly population: a brief review of the literature	Analisar a percepção dos profissionais da saúde sobre a forma como os idosos lidam com a sexualidade e o diagnóstico precoce do HIV.	A população idosa dispõe de peculiaridades que consequentemente retardam o diagnóstico do HIV. Assim, é necessário que os profissionais de saúde discutam com os idosos sobre sexualidade e infecções sexualmente transmissíveis para aumentar a prevenção e o diagnóstico precoce.

ID	TÍTULO	OBJETIVO	RESULTADO
A14 BVS 2010	Vulnerabilidade da mulher idosa frente ao HIV/AIDS	Identificar o processo de vulnerabilidade em pacientes do sexo feminino, com mais de 60 anos, em relação ao HIV.	Mulheres idosas se põem em situação de risco por não usarem preservativos não por falta de informação, mas pelo sentimento de confiança em relação ao parceiro.
A15 BVS 2016	Perfil clínico e epidemiológico de indivíduos com 50 anos ou mais, com HIV/AIDS, acompanhados no ambulatório de doenças infecciosas e parasitárias de um hospital universitário, em Niterói, RJ	Caracterizar o perfil de internação de indivíduos de faixa etária igual ou maior a 50 anos, em um hospital universitário, em Niterói.	O estudo evidenciou proximidade nos números de indivíduos do sexo feminino e masculino internados no serviço, com maior índice de homens solteiros/separados e mulheres viúvas. Foi possível observar ainda que infecções oportunistas é a maior causa de internação dos participantes, pois muitos descobrem serem portadores do HIV já manifestando a AIDS.
A16 BVS 2015	The views of the elderly on the impact that HIV and AIDS on their lives in the Thulamela Municipality, Vhembe District, Limpopo Province	O estudo mostra a visão dos idosos sobre o impacto do diagnóstico do HIV, os desafios que enfrentam na sua rotina e quais estratégias usam para superar os obstáculos em relação ao HIV.	O diagnóstico gera impacto negativo na vida dos idosos. Muitas vezes se consideram indivíduos inválidos e diante desse sentimento, é de extrema importância a presença, da equipe de saúde, familiares e cuidadores, para empoderar o idoso e assim torná-lo protagonista do seu tratamento.
A17 BVS 2016	Depressão, qualidade de vida e adesão ao tratamento antirretroviral em idosos portadores de HIV/AIDS / Depression, quality of life and adherence to treatment Antiretroviral therapy in elderly people living with HIV / AIDS	Verificar níveis de depressão, qualidade de vida e adesão ao tratamento antirretroviral em idosos portadores de HIV	A depressão tem forte relação com a forma que o indivíduo se percebe após o diagnóstico e relaciona-se também com alterações cognitivas. É essencial o acompanhamento psicológico por meios de instrumentos de rastreio cognitivo que podem auxiliar no tratamento e na melhora da qualidade de vida desses pacientes.

O Estatuto do Idoso, aprovado pela Lei nº 10.741, entrou em vigor em 2003 no dia Mundial do Idoso. O documento foi um grande avanço para a terceira idade, que passou a os seus direitos garantidos legalmente. De acordo com o Estatuto do Idoso, é obrigação do Estado garantir a pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de

Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos⁸.

Apesar da vigência do Estatuto, a percepção que a sociedade tem da pessoa idosa ainda envolve mitos e tabus, o que interfere nas práticas de saúde junto à população. Nessa perspectiva, ainda há muito que se fazer haja vista a necessidade de vislumbrar o idoso

em todas as suas dimensões, reconhecendo a sexualidade como algo possível de se viver na velhice. Parte desse processo de mudança repousa sobre o próprio conhecimento e consciência do longo tempo acerca do HIV/AIDS⁹.

No Brasil, a taxa de incidência de HIV/AIDS em idosos vem aumentando nas duas últimas décadas. Em 1996, a taxa de incidência/100.000 habitantes foi de 18,2 em homens de 50 a 59 anos, 5,8 em homens acima de 60 anos, 6,1 em mulheres de 50 a 59 anos e de 1,7 em mulheres acima de 60 anos. Já em 2006, as taxas entre os homens atingiram 31,8 e 10,3 e entre as mulheres 18,6 e 5,5 respectivamente¹⁰. A vulnerabilidade dos idosos tem sido relacionada a fatores como invisibilidade do sexo na velhice; desmistificação em curso da sexualidade na terceira idade, aumento da atividade sexual associada a ampliação do acesso a medicamentos para distúrbios eréteis; pequena adesão de homens idosos aos preservativos masculinos e retardamento de políticas de prevenção direcionadas a este grupo etário^{9,11,12}.

Várias das publicações analisadas traçaram um perfil semelhante dos idosos portadores: baixo nível de escolaridade, brancos, baixa renda, distribuição semelhante entre o número de homens em relação ao de mulheres, sugerindo a tendência de feminização da epidemia^{9,10,13,14,15}.

Pode-se observar que, atualmente, há uma mudança no perfil dos pacientes diagnosticados, tendo em vista que no início da epidemia, havia grande diferença na proporção de homens e mulheres diagnosticados, sendo a incidência no sexo masculino até 34 vezes maior, contrapondo os índices atuais, em que a diferença entre sexos não é mais significativa. Esses dados corroboram para a chamada feminização da epidemia. Outro ponto importante a se destacar sobre a mudança no perfil epidemiológico da AIDS é que, ultimamente, tem deixado de ser uma doença característica de homossexuais jovens e tem atingido casais heterossexuais de

faixa etária mais avançada¹⁶.

Quanto a mortalidade, levantamento feito por Girondi et al (2012) mostrou que há uma tendência linear crescente, ao longo dos anos, de óbitos por HIV/AIDS na população idosa (maiores de 60 anos) e que a faixa etária compreendida entre 60 e 69 anos apresentou maior número de óbitos no período estudado, mostrando o menor coeficiente de mortalidade em 1997 (3,4 óbitos/100.000) e o maior em 2006, com coeficiente de mortalidade de 5,2 óbitos a cada 100.000 habitantes. Segundo a cor/etnia, predominaram a branca com 54,0% dos óbitos em idosos por AIDS, seguidas da amarela com 18,9% e da negra com 8,3%¹¹.

Em relação ao uso de preservativos, ainda há o estigma, inclusive entre a população idosa, que o preservativo é objeto de contracepção e já que as mulheres dessa faixa etária não estão mais em idade reprodutiva, o casal não julga necessário o uso de preservativo. Existe também um fator de risco importante a ser levado em consideração: muitos indivíduos consideram que, por terem relacionamento estável e parceiro fixo é fator que corrobora para não contrair a doença¹².

Estudos mostram que em relação aos modos de prevenção, 40% dos idosos citaram o uso do preservativo como principal método de prevenção às infecções sexuais e 20% não souberam informar sobre as medidas preventivas. Além disso, verbalizaram como medidas preventivas: não sair com prostitutas, não beijar na boca de uma pessoa infectada, não utilizar o mesmo banheiro, evitar contato físico com pessoas que vivem com HIV/AIDS e evitar o mesmo assento. Também foi observado que 43,6%, possuem concepções errôneas quanto ao modo de transmissão, que são: dividir talheres e louça, utilizar o mesmo banheiro e roupas de cama/banho bem como abraçar e beijar na boca uma pessoa infectada⁹.

O uso da terapia antirretroviral também é fator contribuinte para aumento no nú-

mero de idosos portadores da Síndrome pelo ganho da sobrevida advindo das inovações no tratamento e no suporte clínico ao paciente¹³.

Em contrapartida, foi evidenciado que a principal causa de internação de pacientes infectados ainda se dá por infecções oportunistas e muitos indivíduos são diagnosticados já com o quadro de imunodeficiência instalado. Isso pode ser justificado pela complexidade do tratamento, que envolve a polifarmácia, dificuldade para ingestão dos comprimidos, a maneira de armazenar as drogas, que inclui baixas temperaturas, além dos horários específicos de administração do medicamento, que culminam em mudar a rotina do paciente¹⁶.

Estudos sobre a adesão ao tratamento mostraram que 73,8% apresentaram adesão insuficiente e os que apresentaram adesão estrita obtiveram melhores escores de qualidade de vida. Os resultados mostraram que a qualidade de vida é melhor para os aderentes ao tratamento antirretroviral¹⁷.

O uso dessas medicações está associado a mudanças no metabolismo, como dislipidemia e resistência à insulina, que constituem fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Nossa investigação concluiu que o risco de dislipidemia aumenta com a duração do tratamento, a gravidade da doença e o tipo de droga utilizada na terapia. Para que a terapia não cause risco ao paciente, mudanças no estilo de vida, uma dieta equilibrada e atividades físicas devem ser implementadas¹³.

Quanto a qualidade de vida dos pacientes idosos em tratamento, notou-se que as maiores preocupações envolvem problemas financeiros e de sigilo, justificativa para tal relação seria o fato de as pessoas com renda baixa apresentarem maiores dificuldades quanto à sobrevivência (moradia, alimentação e serviços relacionados à saúde).^{14,18,19} Já as preocupações com a saúde, aceitação ao HIV/

AIDS, preocupações com a medicação e função sexual apresentaram médias positivas. Um fato questionável é a função sexual que apresentou uma das melhores médias. Nesse aspecto deve-se às associações encontradas com o sexo masculino, levando-nos a duas hipóteses: ou os homens realmente têm uma vida sexual saudável, ou, por questões culturais ou até mesmo vergonha, os homens negam o comprometimento da vida sexual²⁰.

Um trabalho analisou a qualidade de vida e suas representações em momentos distintos do diagnóstico e, considerando que o nível de conhecimento proveniente do universo reificado pode contribuir para repensar estigmas, remover mitos e melhorar a aderência ao tratamento, destaca-se que o grupo com menor tempo de vivência com o vírus apresentou conteúdos concernentes a transmissão que podem influenciar a forma de pensar a qualidade de vida no contexto do HIV/AIDS. Do mesmo modo, os sujeitos com maior tempo de diagnóstico apresentaram conteúdos representacionais ancorados na religiosidade, o que contribuiria para a resignificação da doença e reorientação de expectativas e projetos de vida. Sendo assim, a condição da vivência com a Soropositividade, por si só, representa uma reelaboração de vários processos, em especial aqueles condicionantes a manutenção de uma boa saúde mental e que, em conjunto com uma rede de apoio psicossocial e espiritual desde o momento da descoberta do diagnóstico, contribuiria marcadamente para a melhoria da qualidade de vida²⁰.

O diagnóstico da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida gera impacto negativo na vida dos idosos, principalmente os que vivem em condições de pobreza maior ou que não possuem nível de instrução adequado. Aspectos do bem-estar físico e autoestima são fortemente afetados e muitos desses indivíduos podem vir a desenvolver quadros depressivos.²¹ Ao serem diagnosticados, muitas vezes

se enxergam como inválidos e diante desse sentimento, devem atuar, além da equipe de saúde, os familiares e cuidadores, para empoderar o idoso e assim torná-lo protagonista do seu tratamento²².

A mulher possui uma colocação singular no enfrentamento dos estigmas que envolvem o HIV/AIDS, pois, por muitos anos, a mulher foi excluída dos programas de prevenção, e ainda, por um longo tempo o SUS não planejou programas voltados especificamente para a saúde da mulher, já que antes eram sempre direcionados à saúde materno-infantil. O programa que representa o marco da trajetória dos programas de saúde da mulher é o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) pois, foi a partir de sua elaboração, que os serviços de saúde passaram a atuar proporcionando medidas de prevenção e promoção da saúde em relação à mulher, não enxergando-a apenas como mãe²³.

Como demonstram os resultados, as fontes de estresse cotidianas mais indicadas pelas mulheres entrevistadas e que têm repercussões em sua qualidade de vida, não são necessariamente associadas ao adoecimento, ao tratamento e ao manejo clínico da doença, mas sim ao campo das relações humanas e afetivas. Esse fator deve ser considerado na organização do acolhimento e dos cuidados à saúde da mulher portadora, uma vez que o

modo como elas são acolhidas pela equipe de saúde, pelo parceiro, filhos e amigos, afeta diretamente na adesão ao tratamento²⁴.

A formação na perspectiva da integralidade inclui como eixos norteadores para a sua construção: promoção, prevenção e reabilitação e tratamento, concepção integral do ser humano, abordagem multidisciplinar, atenção integral, inclusão do domínio afetivo da aprendizagem, desenvolvimento da capacidade de diálogo, visão generalista, saberes da assistência individual e da saúde coletiva, campos de prática encarados como espaços de ensino e aprendizagem, educação permanente, conhecimentos acerca do SUS e das políticas de saúde²³.

Nesse sentido, estudos mostram que grupos de autoajuda com as temáticas: aprendendo a conviver com o HIV/AIDS (cotidiano, diagnóstico e trabalho); reconhecendo os direitos dos portadores; conhecendo a infecção e as manifestações oportunistas e as possibilidades terapêuticas e efeitos colaterais dos antirretrovirais, foram de extrema importância em relação as necessidades, sentimentos, dúvidas e aflições dos portadores. Desse modo, evidenciou-se ainda mais a necessidade de um maior número de profissionais voltados para a prática de atividades grupais, de maneira a acolher esses pacientes, seus amigos e familiares²⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu observar uma mudança no panorama da saúde do idoso quanto a temática do HIV/AIDS, com aumento da incidência da infecção nessa faixa etária. Dentre os fatores contribuintes estão o tratamento para disfunção erétil; desconhecimento e displicência no uso de mecanismos de proteção e o advento dos medicamentos antirretrovi-

rais. Isso mostra a necessidade de programas de saúde pública específicos para a prevenção dessa doença no idoso, já que é evitável e de fácil prevenção com o uso do preservativo durante o ato sexual.

Além disso, a qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS apresenta prejuízos, principalmente nas questões financeiras e

sigilo, seguidos da função geral do corpo e satisfações com a vida. É necessário que os profissionais de saúde percebam os idosos como vulneráveis ao risco de infecção pelo vírus HIV e que suas particularidades sejam contempladas nas ações preventivas e assistenciais no contexto da atenção integral à saúde do idoso.

Outro fator que influencia na qualidade de vida é a adesão ao tratamento, que é um processo contínuo, ao envolver o indivíduo, aliado aos familiares e profissionais de saúde e que, em algumas situações, a não adesão significa resultado do abandono do paciente pelos próprios familiares ou pela equipe de assistência à saúde.

Conclui-se que, para prestar um cuidado humanizado a este paciente, o profissional deve ser capaz de entender as suas necessidades e reverter as ideias distorcidas sobre os modos de prevenção e de transmissão das doenças sexualmente transmissíveis. Cabe ao Estado a implementação de Políticas que promovam informações a este grupo acerca da prevenção e diagnóstico, facilitando o acesso ao tratamento e acompanhamento da doença. Sugere-se então a realização de estudos mais amplos publicados nos idiomas inglês e espanhol, que venham corroborar com estes achados, contribuindo assim para a mudança de paradigmas e ampliação de Políticas Públicas a este grupo.

QUALITY OF LIFE AND ASSISTANCE TO THE OLDER PATIENT OF HIV/AIDS: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) is a disease characterized by severe dysfunction of the immune system. It is caused by the Human Immunodeficiency Virus (HIV). The taboo of sexuality in the third age makes the number of elderly people contaminated by HIV virus grow significantly. The propose of this study is investigate the incidence and quality of life of the elderly population with AIDS diagnosis. This is an integrative literature review, consisting of publications indexed in the Virtual Health Library database and Scientific Electronic Library Online. The inclusion factors of this study were full text articles available in Portuguese, English or Spanish between the years 2010 and 2018, excluding those that were repeated or that did not fit the theme. It were analyzed 17 articles which have shown that the incidence and mortality rate of AIDS in the elderly has increased in the last decades, due to the invisibility of sex in old age, the increase of sexual activity in this age group, the low use of condoms and the lack of practices in health oriented to this population, generating low adherence to the treatment. The conclusion is that there is a need for improvement in access, quality and functioning of health services and professionals, in order to provide adequate treatment that will meet the needs of users and improve their quality of life.

KEYWORDS: Elderly health, Quality of life, Acquired immunodeficiency syndrome.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR) - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico-Aids e DST, 2015.
2. Vieira GD, Alves TC, Sousa CM. Perfil da aids em indivíduos acima de 50 anos na região amazônica. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [periódico da internet] Rio de Janeiro Mar. 2014 [acesso em 6 jan. 2019]; 17(1): [6]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4038/403838834007.pdf>
3. Santos AFM, Assis M. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol [periódico na internet] Rio de Janeiro 2011 [acesso em 18 Jan. 2019]; 14(1): [10]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4038/403834041015.pdf>
4. Affeldt AB, Silveira MF, Barcelos RS. Perfil de pessoas idosas vivendo com HIV/AIDS em Pelotas, sul do Brasil, 1998 a 2013. Epidemiol. Serv. Saúde [periódico na internet] Brasília Mar. 2015 [acesso em 10 Jan. 2019]; 24(1): [7]. Disponível em: https://scielosp.org/scielo.php?pid=S2237-96222015000100079&script=sci_abstract&lng=pt
5. Alencar RA, Ciosak SL. Late diagnosis and vulnerabilities of the elderly living with HIV/AIDS. Rev. esc. enferm. [periódico da internet] São Paulo Mar./Apr. 2015 [acesso em 15 Jan. 2019]; 49(2): [6]. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000200229-&lng=en&lng=en
6. França CS, Santos TTM, Cavalcante GA, Duarte ENC, Silva EO. Prevalência de HIV/AIDS em idosos no nordeste brasileiro: um estudo epidemiológico. In Anais V Congresso Internacional de Envelhecimento Humano [internet]. Maceió: Centro de Convenções Ruth Cardoso . 2017 [acesso em 15 Jan. 2019] Nov. 22-24. 2(1). Disponível em: http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV040_MD4_SA9_ID999_26082015211552.pdf
7. Barboza R. Homens idosos e o HIV/Aids no campo da Saúde Coletiva: vulnerabilidades e desafios na quarta década da epidemia. BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.) [periódico da internet]. São Paulo 2012 [acesso em 25 jan. 2019] ; 14(1): [8]. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122012000400011&lng=es
8. Ministério da Saúde (BR). Estatuto do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
9. Brito NMI, Andrade SSC, Silva FMC, Fernandes MRCC, Brito KKG, Oliveira SHS. Idosos, infecções sexualmente transmissíveis e AIDS: conhecimentos e percepção de risco. ABCS health sci [periódico da internet] 2016 [acesso em 15 Jan. 2019]; 41(3): [6]. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/902/744>.
10. Ultramari L, Moretto PB, Gir E, Canini SRMS, Teles SA, Gaspar J et al . Perfil clínico e epidemiológico da infecção pelo HIV/aids em idosos. Rev. Eletr. Enf. [periódico da internet]. 2011 [acesso em 10 Fev. 2019]; 13(3): [7]. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-19442011000300005&lng=es.
11. Girondi JBR, Zanatta AB, Bastiani JAN, No-

thaft SS, Santos SMA. Perfil epidemiológico de idosos brasileiros que morreram por síndrome da imunodeficiência adquirida entre 1996 e 2007. *Acta paul. enferm.* [periódico da internet] São Paulo 2012 [acesso em 10 Fev. 2019]. 25(2): [5]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000200023&lng=en.

12. Santos AFM, Assis M. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [periódico da internet] Mar. 2011 [acesso em 10 Fev. 2019]; 14(1): [10]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000100015&lng=pt

13. Santos KMM, Shirley FP. Prevalência de dislipidemias em pacientes em terapia antirretroviral atendidos em um serviço de assistência especializada em Cuiabá (MT). *DST - J bras Doenças Sex Transm* [periódico da internet] 2016 [acesso em 15 Fev. 2019]; 28(3): [6]. Disponível em: http://www.dst.uff.br/revista28-3-2016/DST%20v28n3_IN_73-78.pdf

14. Okuno MFP, Gosuen GC, Campanharo CRV, Fram DS, Batista REA, Belasco AGS. Qualidade de vida, perfil socioeconômico, conhecimento e atitude sobre sexualidade de "pessoas que vivem" com o Vírus da Imunodeficiência Humana. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [periódico da internet] Forthcoming 2015 [acesso em 15 Fev. 2019]; 36(4): [7]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/es_0104-1169-rlae-3424-2542.pdf

15. Alencar RA, Ciosak SI. O diagnóstico precoce do HIV no idoso: uma breve revisão da literatura. *Online Brazilian Journal of Nursing* [periódico da internet] 2010 [acesso em fev. 2019]; 9(2). Disponível em: [\[sing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/j.1676-4285.2010.2989/681\]\(http://sing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/j.1676-4285.2010.2989/681\)](http://www.objnur-</p></div><div data-bbox=)

16. Santana PPC. Perfil clínico e epidemiológico de indivíduos com 50 anos ou mais com HIV/AIDS acompanhados no ambulatório de doenças infecciosas e parasitárias de um hospital universitário em Niterói, RJ. [dissertação]. Niterói: Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa; 2016.

17. Silva ACO, Reis RK, Nogueira JA, Gir E. Qualidade de vida, características clínicas e adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [periódico da internet] nov.-dez. 2014 [acesso em 26 de Fev. 2019]; 22(6). Disponível em: <https://www.redalyc.org/html/2814/281433512015/>

18. Medeiros RCSC, Medeiros JA, Silva TAL, Andrade RD, Medeiros DC, Araújo JS et al. Qualidade de vida, fatores socioeconômicos e clínicos e prática de exercício físico em pessoas vivendo com HIV/aids. *Rev. Saúde Pública* [periódico da internet] São Paulo 2017 [acesso em 9 Mar. 2019]; 51(66). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100258&lng=pt

19. Lopes PSD, Silva MMG, Torres IC, Stadnik CMB. Qualidade de vida dos pacientes HIV positivo com mais de 50 anos. *Rev. AMRIGS* [periódico da internet] Rio de Janeiro Jul. 2014 [acesso em 9 Mar. 2019]; 55(4): [5]. Disponível: http://www.amrigs.org.br/revista/55-04/0000072184-miolo_AMRIGS4_art_original_qualidade_de_vida.pdf

20. Hipolito RL, Oliveira DC, Gomes AMT, Costa TL. Representações sociais da qualidade de vida no HIV/AIDS: o papel do tempo de diagnóstico. *Rev enferm UERJ* [periódico da internet] Rio de Janeiro nov.-dez. 2014 [acesso em 24 Jan. 2019]; 22(6): [6]. Disponível em: <http://>

www.facenf.uerj.br/v22n6/v22n6a05.pdf

21. Leite MA. Depressão, qualidade de vida e adesão ao tratamento antirretroviral em idosos portadores de HIV/Aids [dissertação]. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças; 2016.

22. Singo VJ, Labese RT, Makuleke TX, Nemataga LH. The views of the elderly on the impact that HIV and AIDS has on their lives in the Thulamela Municipality, Vhembe District, Limpopo province. *Curationis* [periódico da internet] Jun. 2015 [acesso em 9 Mar. 2019]; 38(1): [8]. Disponível em: <https://curationis.org.za/index.php/curationis/article/view/1166/1624>

23. Vargens OMC, Santos SD, Rangel TSA. Atenção à mulher com soropositividade para o hiv: uma análise na perspectiva da integralidade. *Ciênc. cuid. Saúde* [periódico da inter-

net] jan.-mar. 2010 [acesso em 23 Fev. 2019]; 9(1): [7]. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8921/5749>

24. Tunala LG. Fontes cotidianas de estresse entre mulheres portadoras de HIV. *Rev. Saúde Pública* [periódico da internet] Ago. 2002 [acesso em 5 Mar. 2019]; 36(4): [7]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000500005-8 <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000500005>.

25. Galvão MTG, Gouveia AS, Carvalho CML, Costa Ê, Freitas JG, Lima ICV. Temáticas produzidas por portadores de HIV/AIDS em grupo de autoajuda. *Rev. enferm. UERJ* [periódico da internet] abr.-jun. 2011 [acesso em 6 Fev. 2019]; 19(2): [5]. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a21.pdf>.

HEPATOTOXICIDADE DO PARACETAMOL E FATORES PREDISPOANTES

Luciana Vilar Torres^{I*}
Patrícia da Silva Oliveira^{II}
Cibério Landim Macêdo^{III}
Thaísa Leite Rolim Wanderley^{IV}

RESUMO

Os analgésicos não opioides constituem uma classe de medicamentos muito presentes em casos de intoxicação, sendo o paracetamol relevante devido suas características hepatotóxicas. Por ser um medicamento de venda livre, sua fácil aquisição e o pouco conhecimento sobre os efeitos prejudiciais ao organismo contribuem para o aumento de intoxicações, principalmente em crianças. O paracetamol é considerado hepatotóxico dependente de dose podendo gerar lesão de hepatócitos, através de mecanismos independentes, ou associados entre si. O objetivo desse estudo consiste em investigar os principais fatores que predispõem a hepatotoxicidade do paracetamol e seu mecanismo de hepatotoxicidade, tendo em vista o seu perfil de utilização, por meio de revisão bibliográfica de caráter exploratório e descritivo, através de pesquisa em livros e artigos científicos, realizada durante o período de julho e dezembro de 2017. A busca de artigos foi efetuada nas bases eletrônicas de dados Scielo, Science Direct, PubMed, Lilacs e Google Acadêmico. Na estratégia de busca, foram inicialmente avaliados os artigos por meio da análise dos títulos e resumos e, no total, a análise foi composta por 19 artigos. Alguns fatores podem predispor uma pessoa à hepatotoxicidade por paracetamol como medicamentos que inibem enzimas, jejum prolongado, etilismo, polimorfismo de genes, idade, entre outros. É importante que os profissionais envolvidos com medicamentos conheçam as características que o paracetamol possui como ação farmacológica, toxicidade, conheçam medidas de administração de antídotos e, acima de tudo, promovam atitudes que induzam o uso racional de medicamentos. Tais medidas são extremamente importantes para evitar problemas como este.

PALAVRAS-CHAVE: Paracetamol. Acetaminofem. Fatores de risco. Toxicidade.

Farmacêutica Residente em Saúde da Criança- Residência Multiprofissional em Saúde da Criança - REMUSC. Hospital Infantil Arlinda Marques. ORCID: 0000-0002-6682-5588
Autor correspondente: lucianavilar.farma@hotmail.com

Farmacêutica Residente em Saúde da Criança- Residência Multiprofissional em Saúde da Criança - REMUSC. Hospital Infantil Arlinda Marques. ORCID: 0000-0002-1509-2652

Professor da Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE. Farmacêutico e Tutor da REMUSC. ORCID: 0000-0002-0824-4056

Professora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança- FACENE. Farmacêutica e Preceptora da REMUSC. ORCID: 0000-0002-6498-0453

INTRODUÇÃO

Inúmeras são as formas de intoxicação existentes, sejam por agrotóxicos, plantas, animais peçonhentos, entre outras. No entanto, as intoxicações por medicamentos ocupam o topo desta lista, sendo a mais comum em crianças e adolescentes de 0 a 15 anos. Devido à facilidade de acesso aos medicamentos, além do excesso de propagandas que induzem cada vez mais o consumo, as intoxicações se tornaram cada vez mais comuns, decorrentes, inúmeras vezes, do uso irracional. Os anti-inflamatórios não esteroidais (AINE's) perfazem uma classe de medicamentos bastante presente, em casos de intoxicação, destacando-se o paracetamol como o mais relevante, devido suas características hepatotóxicas.^{1,2}

A toxicidade por acetaminofeno é um dos principais agentes de insuficiência hepática aguda nos Estados Unidos. Enquanto muitos casos têm uma história definida de exposição ao acetaminofeno, há um número considerável de ocorrências em que a causa da lesão hepática não é clara.³

O paracetamol, também conhecido como acetaminofeno, é um derivado do N-acetil-P-aminofenol e foi desenvolvido em 1852 para fins analgésicos e antitérmicos. No entanto, apenas no ano de 1951 ele foi aprovado para uso e hoje se configura como um dos medicamentos mais utilizados, com ou sem prescrição médica, tendo média ação na analgesia, alta ação contra a febre e baixa ação anti-inflamatória quando comparado com os demais AINES.^{4,5}

O paracetamol é um medicamento de venda livre que se apresenta na forma sólida (comprimido, drágeas, cápsulas, pós e pastilhas), ou líquida (gotas, solução e xarope), sozinho ou em associação. Todavia, como consequência da fácil aquisição, bem como do pouco conhecimento sobre os efeitos prejudiciais ao

organismo, tem crescido o número de intoxicações em crianças.⁶

As pesquisas demonstram que os AINES são o grupo farmacológico mais envolvido na prática da automedicação. São fármacos eficientes no tratamento da dor relacionada à inflamação e a lesão tecidual, a exemplo da artrite reumatoide e osteoartrite.⁷

Sabe-se que a automedicação pode levar a intoxicação. No caso do paracetamol, aumentam os estudos que comprovam toxicidade e menor eficácia quando comparados à dipirona e ao ibuprofeno, somado ao fato desses medicamentos serem de venda livre, existe uma significância na intoxicação, principalmente em crianças menores.⁸

Nos Estados Unidos e Inglaterra, o paracetamol é a principal causa de falência hepática, seja por superdosagem provocada ou intencional, ou por ser também o principal fármaco envolvido em óbitos relatados nos centros de intoxicação nos EUA, nos anos 90.⁹

O quadro clínico de intoxicação com este fármaco revela acontecimentos bem definidos, tais como: nas primeiras 24 horas o paciente apresenta-se sem sintomas, ou no máximo com leve mal-estar, náuseas e epigastralgia. Em até 72 horas apresenta dor em hipocôndrio direito. Sua modificação mais característica é a elevação de transaminases hepáticas. Na fase de insuficiência hepática aguda, se não houver óbito, a reversibilidade é total, pois o tecido hepático consegue regenerar-se por completo entre sete dias até duas semanas. Destaca-se que, quando há o risco de hepatotoxicidade, é indicado o uso de acetilcisteína, antídoto específico nos casos de intoxicação por paracetamol.⁴

Assim, faz-se importante compreender as características destas intoxicações bem como os fatores predisponentes para ocorrência destas, considerando a facilidade de acesso

a estes medicamentos, bem como o perfil de automedicação que a sociedade atual apresenta.

Diante dessas informações preliminares, este estudo tem como objetivo investigar

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica de caráter exploratório e descritivo, através de pesquisa em livros e artigos científicos, realizada durante o período de julho e dezembro de 2017.

A exposição das palavras-chave foi feita consultando o Descritor em Ciências da Saúde (DeCS), através do site: <http://decs.bvs.br> A busca de artigos foi efetuada nas bases eletrônicas de dados Scielo, Science Direct, PubMed, Lilacs e Google Acadêmico. Foram considerados como critérios de inclusão para essas fontes: artigos publicados durante os anos de 2011 a 2017, artigos que abordassem intoxicações por paracetamol e outros com assuntos relacionados direta ou indiretamente ao assunto tratado para compor a introdução. Como critérios de exclusão, foram descartados artigos que não se enquadravam aos objetivos propostos pelo trabalho, além

os principais fatores que predispõem a hepatotoxicidade do paracetamol e mecanismos responsáveis por esse efeito de toxicidade, tendo em vista o seu perfil de utilização.

de trabalhos de conclusão de curso e/ou especialização, dissertações, teses e anais de congressos. As palavras-chave utilizadas nas buscas foram: “toxicidade”, “paracetamol” e “acetaminofen”. A busca dos artigos foi realizada nos idiomas português e inglês.

Foram selecionados 167 artigos para análise e seleção final. A leitura do título e resumo foi feita como estratégia para seleção. Porém, quando a leitura do título e resumo não foi suficiente, procedeu-se a leitura na íntegra da publicação. Foram excluídos 148 artigos que não eram adequados ao tema da pesquisa, ou não respondiam ao objetivo do estudo. Acrescenta-se que três teses também foram excluídas. Por fim, a seleção destes foi composta por 18 artigos, a partir de análise dos títulos, bem como do conteúdo dos resumos que deveriam seguir os critérios de inclusão.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Farmacocinética

O Paracetamol tem boa disponibilidade por via oral e o pico de ligação às proteínas plasmáticas ocorre em 30-60 minutos. A meia-vida plasmática é de cerca de 2 horas.¹⁰

Este fármaco é um ácido fraco com um $pK_a=9,5$ a 25°C . Em meio alcalino é bastante não-ionizado, de maneira que é bem absorvido no intestino delgado, através de difusão passi-

va. Já a absorção no estômago é ínfima, ocorrendo esvaziamento gástrico do paracetamol para o duodeno.¹¹

No que diz respeito a sua metabolização, o fígado é o principal órgão envolvido neste processo e sabe-se que a metabolização do paracetamol ocorre por três mecanismos: glucuronidação, sulfatação e oxidação. A sulfatação é a principal via de conjugação em crianças

e nos adultos é aglicuronidação, que é alcançada por volta dos 12 anos. Quando ocorre uma dose acima de 4g/dia, há saturação das vias metabólicas principais, provocando pela oxidação a geração do metabólito tóxico N-acetil-p-benzo-quinonaimina (NAPQI).¹²

Em adultos, a meia vida de eliminação do paracetamol é aproximadamente 2 a 3 horas e em crianças é cerca de 1:30 a 3 horas. Ela é cerca de uma hora mais longa em recém-nascidos e em pacientes com cirrose.¹³ O paracetamol é eliminado do organismo sob a forma de conjugado glucoronídeo (45% a 60%) e conjugado sulfato (25% a 35%), tióis (5% a 10%), como metabólitos de cisteína e mercaptopurato e catecois (3% a 6%), que são excretados na urina e sua depuração renal do inalterado é por volta de 3,5% da dose.¹⁴

Farmacodinâmica dos efeitos analgésicos e antitérmicos

O paracetamol é considerado hepatotóxico dependente de dose podendo gerar lesão de hepatócitos, através de mecanismos independentes ou associados entre si, como: (1) overdose (ingestão superior a 10 g em adultos e até 150 mg/kg em crianças); (2) situação de excessiva ativação do citocromo P450 e (3) depleção dos níveis de glutatona do hepatócito.¹⁴

Encontra-se bem esclarecida a presença de uma terceira forma de cicloxiogenase (COX), a COX-3, que é uma isoforma da COX-1, sendo também nomeada de COX 1-b, em que está bem determinada a ação inibitória preferencial do paracetamol sobre essa isoforma.³

As cicloxiogenases são enzimas que induzem a atividade de prostaglandinas, que por sua vez, sensibilizam nociceptores periféricos e induzem sintomas da inflamação. Além disso, sabe-se que essa enzima tem expressão majoritária no SNC, sugerindo que o paracetamol tem um efeito mais central do que periférico. Dessa maneira, este fármaco mostra grande efeito antitérmico e analgésico (ação central), ausên-

cia de efeito anti-inflamatório e de efeitos colaterais comuns ao grupo, como lesão gástrica, já que não existe COX-3 em mucosa gástrica, apenas a isoforma COX1-a).¹⁵

Farmacodinâmica dos efeitos tóxicos

Na administração de doses tóxicas de paracetamol, as vias de glicuronidação e sulfatação que, por sua vez, estão envolvidos na biotransformação de fármacos, se saturam, formando mais NAPQI, de maneira que as reservas de glutatona hepática se esgotam também e a reação com os grupos sulfídricos das proteínas se eleva bloqueando o fluxo de cálcio e levando, portanto, a necrose de hepatócitos.⁷

Fatores que predispõem à hepatotoxicidade pelo paracetamol

Nesta perspectiva, é importante considerar que, além da dose e tempo de utilização, existem fatores que podem tornar o indivíduo susceptível a hepatotoxicidade por este medicamento, como idade, estado nutricional, ingestão crônica de álcool, tabagismo, fatores genéticos e associação a outros medicamentos.⁵

Em relação ao estado nutricional, o metabolismo do acetaminofeno pode ser alterado sob condições que influenciam os estoques de glutatona. Obesidade, esteatose hepática, fome e jejum levam ao esgotamento de GSH e podem ser considerados como condição de risco para hepatotoxicidade, induzida por acetaminofeno, e um jejum sustentado resulta no redirecionamento do metabolismo do acetaminofeno da glicuronidação para a via de oxidação. Em condições de jejum, o metabolismo hepático é desviado para a gliconeogênese, convertendo menos precursores da glicose disponíveis para a glicuronidação.¹⁶

Medicamentos como fenobarbital que induzem a atividade do citocromo P450 (CYP) podem elevar os níveis de NAPQI favorecendo a ocorrência de hepatotoxicidade. No jejum prolongado, assim como no etilismo crônico, ocorre redução nos níveis de glutatona induzindo o CYP 2E1 elevando assim a toxicidade

para o fígado. O tabagismo também é um fator importante a ser considerado uma vez que o tabaco contém em sua composição substâncias que induzem CYP1A2 acentuando o metabolismo oxidativo e, por sua vez, a hepatotoxicidade.⁵

Polimorfismos nas isoenzimas do CYP também podem conferir metabolização exacerbada por determinados compostos. Consequências na variação dessas formas de enzimas incluem alteração cinética e ação de determinadas drogas, reações adversas idiossincrásicas e interações medicamentosas. Por fim, a idade também é um fator importante a ser considerado. Como em adultos a metabolização por CYP é mais pronunciada, a hepatotoxicidade pode ocorrer em doses menores, ao passo que em crianças a metabolização ocorre mais acentuadamente pelas vias de sulfatação e glicuronização. Indivíduos portadores de hepatopatias também são mais susceptíveis a ocorrência de hepatotoxicidade por paracetamol.^{5,17,9}

Tratamento da intoxicação

Existem muitas ações diferentes que podem ser utilizadas para tentar tratar pessoas com intoxicação por paracetamol. Estas intervenções visam diminuir a absorção do paracetamol ingerido e, assim, reduzir a quantidade

absorvida na corrente sanguínea. Os agentes incluem carvão ativado, que se liga ao paracetamol no estômago e lavagem gástrica. Nos casos de intoxicação é recomendada a lavagem gástrica, procedimento comum em casos de overdoses. Esta deverá ser realizada em até duas horas após o evento, de modo que a absorção do paracetamol seja reduzida. Pode-se usar ainda, o carvão ativado que irá reduzir a absorção no trato gastrointestinal, além da acetilcisteína que é um antídoto bastante eficaz, capaz de neutralizar o metabólito tóxico, fazendo com que não ocorra dano hepático.^{18,5}

A acetilcisteína atua na hepatotoxicidade restaurando as reservas de glutatona hepática, através do fornecimento de cisteína, constituindo-se na chave para a eficácia, quando administrada nas primeiras oito horas da ingestão aguda de paracetamol.¹³

A administração se dá por via oral ou endovenosa. Na primeira, por via nasogástrica, faz-se 140 mg/kg, seguido de 70 mg/kg de quatro em quatro horas que totalize 17 administrações. Já na via intravenosa, administra-se uma dose de impregnação de 140-150 mg/kg em dextrose a 5% correndo em 15 minutos, seguido de 70 mg/kg de quatro em quatro horas também num total de 17 administrações.⁵

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto acima, é importante que os profissionais de saúde conheçam as características farmacológicas desse medicamento, os efeitos de sua toxicidade, os fatores que predisõem, bem como, as ações a serem realizadas nos casos de urgências envolvendo overdose por paracetamol. Este medicamento é considerado relativamente seguro quan-

do usado em posologia e dose adequadas. No entanto, devido ao fato de ser isento de prescrição, possuir baixo preço e fácil acesso, tem propiciado aumento relevante de casos de intoxicação. Atitudes que visam promoção do uso racional de medicamentos são de extrema importância para evitar e minimizar problemas como este.

AGRADECIMENTO

A João Elson Inocêncio pela revisão idiomática.

PARACHETAMOL HEPATOTOXICITY AND PREDISPOSENT FACTORS

ABSTRACT

The non-opioid analgesics don't constitute a remedy class very present in cases of intoxication being the acetaminophen (paracetamol), the most relevant due to its hepatotoxicity characteristics. For being an over-the-counter medication, it is easy to purchase and the little knowledge about its harmful effects to the organism contribute to the increase of intoxication mainly in children. Depending on the dose the paracetamol is considered hepatotoxicity and could cause lesion to the hepatocytes. The objective of this study is to investigate the main factors that predispose to hepatotoxicity of paracetamol and its mechanism of hepatotoxicity, considering its profile of use by means of an exploratory and descriptive bibliographic review through research in books and scientific articles carried out during the period of July and December 2017. The search of articles was made in the bases of data such as Scielo, Science Direct, PubMed, Lilacs and Google Academy. In the search for results, the articles were evaluated through the analysis of titles and abstracts and, in total, the analysis consisted of 19 articles. Some factors may predispose a person to paracetamol hepatotoxicity as drugs that inhibit enzymes, prolonged fasting, alcoholism, gene polymorphism, age, among others. It is important that the professionals involved with medical products know the characteristics that the paracetamol possesses as a pharmacological action, toxicity, predisposition to this event and measures of administration of antidotes and above all to promote attitudes that encourage careful use of medicines is extremely important to avoid problems.

KEYWORDS: Paracetamol. Acetaminophen. Risk factors. Toxicity.

REFERÊNCIAS

1. Witter AA, Medeiros AISR, Teixeira LM, Barbosa MGM, Santos SP, Marques RB. Intoxicação medicamentosa em crianças: uma revisão de literatura. *Revinter*, 2016; 9 (3): 64-71.
2. Feldkircher KCG. Intoxicação medicamentosa em animais peçonhentos. *Revista Científica de Medicina Veterinária*, 2014; 1 (1):14-18.
3. Heard KJ, Green JL, James LP, Judge BS, Zolot L, Rhyee S, Dart RC. Acetaminophen-cysteine adducts during therapeutic dosing and following overdose. *Bio Med Central Gastroenterology*, 2011; 11 (20).
4. Muhlbauer M. Paracetamol, um AINE particular. *Ciência Atual*, 2016; 7 (1): 2-10.
5. Terres DR. Potencial toxicológico de medicamentos de venda livre: ênfase no paracetamol.

- FACIDER Revista Científica, 2015; (8): 1-15.
6. Lopes J, Matheus ME. Risco de hepatotoxicidade do paracetamol (Acetaminofem). Revista Brasileira de Farmácia, 2012; 93 (4): 411-414.
7. Sebben VC, Lugoch RW, Schilinker CS, Arbo MD, Vianna RL. Validação de metodologia para quantificação sérica de paracetamol. Jornal Brasileiro de Patologia Médica Laboratorial, 2010; 46 (2):143-148.
8. Vieira AL, França GG. As consequências no consumo indiscriminado do paracetamol e orientação farmacêutica à promoção ao uso racional. Revista Acadêmica Oswaldo, 2015; 30 (6): p. 1-12.
9. Uzam CPP, Paiva A, Viana D, Martins G, Molina N. Impacto dos medicamentos na intoxicação em crianças. Revista da Universidade Ibirapuera, 2017; (13): 8-16.
10. Silva GH, Barros PP, Gonçalves MS, Jesus EA. Avaliação da atividade hepatoprotetora do asiaticosídeo em modelo experimental de lesão hepática por paracetamol em ratos. Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada, 2014; 35 (3): 489-496.
11. Goodman; Gilman. As bases farmacológicas da terapêutica. 12 ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2012.
12. Marzuillo P, Guarino S, Barbi E. Paracetamol: a focus for the general pediatrician. European Journal of Pediatrics, 2014; 173 (4):415-425;
13. Jiang XL, Zhao P, Barret JS, Lesko LJ, Schimidt S. Application of Physiologically based pharmacokinetic modeling to predict acetaminophen metabolism and pharmacokinetics in children. OPT: Pharmacometrics & Systems Pharmacology, 2013, 2013; 2 (80): 1-9.
14. Paracetamol. Minas Gerais :Hipolabor farmacêutica.
15. Silva RNF, Pereira LCG. O uso de antiinflamatórios esteroidais e não esteroidais no controle da dor e do edema em cirurgia de terceiros molares. Revista Bahiana de Odontologia, 2016; 7(1): 31-39.
16. Mazaleuskaya LL, Sangkuhl K, Thorn CF, GA FitzGerald, Altman RB, Klein TE. PharmGKB summary: Pathways of acetaminophen metabolism at the therapeutic versus toxic doses. Pharmacogenet Genomics.. 2015; 25 (8): 416-26.
17. Junior EVM. Situações que favorecem ou reduzem a hepatotoxicidade pelo acetaminofem (uso de álcool, faixa etária e uso de outras medicações). Revistas Suplemento hepatotoxicidade, 2011; 30 (suplemento 1) : 6-47.
18. Torres LV. Magnitude do polimorfismo nos genes da família do citocromo p450 nas ciências farmacêuticas: uma revisão de literatura. Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança, 2016; 14 (especial):10-17.
19. Chiew AL, Gluud C, Brok J, Buckley NA. Interventions for paracetamol (acetaminophen) overdose. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 2.