

ANAIS DA I FEIRA DE CIÊNCIA DA SAÚDE



Apoio:



ORGANIZASDORES I FERIRA DE CIÊNCIA DA SAÚDE

- Juliana Andrade Pereira;
- Cesário Victor Maia Pereira;
- Maria Eduarda Silva Andrade;
- Maria Eduarda Silva Andrade;
- Ana Clara Medeiros de Oliveira;
- Amanda Rodrigues de Brito;
- Fabiana Pereira Aguiar;
- Talita Vieira Cunha;
- Camila Santos Félix;
- Fernanda Cerqueira Moraes Bezerra;
- Anne Júnea Barbosa Lopes;
- Naiara Martins Pereira;
- Letícia Lopes Peres;
- Virna Oliveira Rabelo;
- Carla Andréia Assis Ribeiro Guimarães;
- Taína Yasmim Silva;
- Luís Henrique Batista Silva;
- Renata Alves Jabbur;
- Kelly Aparecida Martins de Oliveira;
- João Lucas Lopes Alves;
- Laís Lane Silva Matoso;
- Maria Gabriela Costa Franca;
- Tatiane Cristina Macedo Silva;
- Maria Aparecida da Rocha;
- Anna Karolyne Duarte Gardo;
- Guilherme Veloso Ramos;
- Lidylara Lacerda Araújo Carvalho;
- Natália Lopes Castilho;
- Alexandre Cardoso Santos;
- Naiara Fernandes Costa;
- Isabella Santos Dias;
- Carla Dayana Durães Abreu;
- Victor de Assis Almeida Queiroz;
- Leide Daiana Silveira Cardoso;

- KeileRaiany Pereira Silva;
- Lincoln Valério Andrade Rodrigues;
- Fylipe Guimarães Barbosa;
- Thaís Santos Neves;
- TawaneMillena Ribeiro Justino;
- Manuel Ricardo Torres Júnior;
- Ana Luiza Silva Costa;
- Danilton Mendes Cunha;
- Amanda Leão Wanderley Athayde;
- Victor de Oliveira Flausino.

INTEGRANTES DA COMISSÃO CIENTÍFICA

Juliana Andrade Pereira
**Coordenadora Científica do III Congresso
Regional de Saúde Integrada**

- Fylipe Guimarães Barbosa;
- Cesário Victor Maia Pereira;
- Maria Eduarda Silva Andrade;
- João Lucas Lopes Alves.

ORGANIZADO DOS ANAIS

- Juliana Andrade Pereira;
- Leandro Mendes Pinheiro da Silva.

INTEGRANTES DA BANCA AVALIADORA

- Juliana Andrade Pereira;
- Leandro Mendes Pinheiro da Silva;
- WisleneSarajane Moreira Alves.

PATROCINADORES E APOIADORES



PROGRAMAÇÃO DA I FEIRA DE CIÊNCIA DA SAÚDE

31
AGOSTO

PALESTRA 01 (EM BREVE)

No primeiro dia do Evento acontecerá uma magnífica palestra multiprofissional com um médico, um enfermeiro e um dentista sobre **Abordagem do trauma facial**

01
SETEMBRO

CURSOS (08:00h - 18:30h)

Serão mais de 15 cursos por turno (totalizando 32 cursos) que serão ministrados por médicos, enfermeiros, nutricionistas, dentistas, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiologistas e biomédicos

Assim, cada participante da Feira montará a sua programação de acordo com o interesse pelos temas dos cursos.

02
SETEMBRO

JORNADA ACADÊMICA - MBE

No terceiro dia de evento acontecerá a exposição e apresentação de trabalhos em pôster e a Jornada Acadêmica (edital no site), além do curso de Medicina Baseada em Evidências (MBE).

SUMÁRIO

Apresentação	06
Resumo	07
A associação da paralisia facial com os vírus do herpes	08
A importância de uma dieta equilibrada no tratamento da síndrome metabólica.....	10
Ação criança feliz: relato de experiência	12
Alterações da linguagem e do comportamento em pacientes com autismo: Uma revisão de literatura	14
Análise do exercício físico no tratamento da hérnia de disco: Uma revisão de literatura	16
Apendicite aguda: Epidemiologia, manifestações clínicas e diagnóstico	19
Atendimento pré hospitalar em queimados: revisão de literatura	21
Ferramentas da abordagem familiar na estratégia em saúde da família: Um relato de caso	23
Impacto da suplementação de creatina sobre a função renal: Uma revisão da literatura	27
Mieloma múltiplo: Clínica, diagnóstico e tratamento - Revisão de literatura	31
O brincar como intervenção terapêutica para o desenvolvimento da fala e linguagem em crianças com TEA	35
Propedêutica na infertilidade conjugal: Uma revisão de literatura	37
Qualidade de vida do paciente submetido Ao TCTH: paradoxo entre riscos e benefícios	39
Revisão de literatura acerca de mieloma múltiplo.....	43
Tuberculose: Análise epidemiológica associada à resistência aos tuberculostáticos.....	47
Transferência miotendinosa para mão caída	50
Tratamento da púrpura trombocitopênica idiopática (PTI): Uma revisão de literatura	52
Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas entre estudantes universitários brasileiros	56

APRESENTAÇÃO

Por várias décadas os serviços de saúde focavam na figura do médico, como o grande promotor das intervenções que era auxiliado por outros profissionais. Um serviço segmentado em que cada parte dele exercida sua função de maneira isolada e baseada em seus conhecimentos desenvolvidos durante a graduação e prática clínica. Com as mudanças de paradigma da saúde (não só brasileira, mas também mundial) temos percebidos cada vez mais que o serviço de saúde deve ser executado de maneira multiprofissional, em equipe, articulando conhecimento de todos os componentes do grupo.

Enfermeiro, fisioterapia, fonoaudiologia, médicos, cirurgião dentista, psicólogos, nutricionista e biomédicos são partes de uma equipe deve contar também com profissionais de outras áreas, como administradores, pedagogos dentre outros. Todos esses profissionais, articulados e em boa sintonia, desenvolvem um serviço de saúde mais afetivo e de melhor qualidade para a população. Um cuidado que se baseia na multiprofissionalidade, na interprofissionalidade e na humanização do atendimento: isso representa o novo paradigma de saúde mundial.

A I Feira de Ciência da Saúde surge, portanto, como uma forma de promover o encontro e a integração de profissionais da área da saúde. Esse evento teve com cursos simultâneos voltados para os cursos da medicina, enfermagem, odontologia, fonoaudiologia, fisioterapia, nutrição, biomedicina e psicologia.

MISSÃO

Promover a multiprofissionais e interprofissionalidade, estimulando a articulação dos componentes de uma equipe de saúde através do conhecimento científico de alta qualidade.

VISÃO

Ser um evento referência em integração do serviço de saúde, em qualidade do conhecimento científico oferecido e inovação no ensino da saúde.

OBJETIVO

- Promover um evento científico para mais de 400 participantes, envolvendo acadêmicos da área da saúde e profissionais já em atuação;
- Oferecer palestras e cursos que sejam reconhecimento como de alto aproveitamento pela abordagem prática e organizar inovações na forma de desenvolver um evento científico da área da saúde.

RESUMO

A ASSOCIAÇÃO DA PARALISIA FACIAL COM OS VÍRUS DO HERPES

Cecília Corrêa Fernandes¹; Ariadna Cordeiro Andrade²; Thaís Fernandes Campos³; Maria Luiza Ruas Andrade⁴; Victor Rocha Dias⁵; Krystian Bernard Pereira Rocha⁶

¹ Discente do curso de medicina das Fipmoc

² Discente do curso de medicina das Fipmoc

³ Discente do curso de medicina das Funorte

⁴ Discente do curso de medicina das Fipmoc

⁵ Discente do curso de medicina das Fipmoc

⁶ Discente do curso de medicina das Fipmoc

Autor para correspondência:

Cecília Corrêa Fernandes

E-mail: ceciliacorreaferrandes@gmail.com

RESUMO

Introdução: A infecção pelo vírus da herpes é muito comum em todo o mundo. Cerca de 60 a 80% da população mundial é infectada pelo vírus Herpes Vírus tipo-1 (HSV-1), um dos vírus causadores da herpes⁽¹⁾. Associado a isso, várias pesquisas têm demonstrado a associação da paralisia facial de Bell com o vírus herpes simples e o vírus Varicela Zoster (VVZ), ambos causadores da herpes. Um expressivo estudo encontrou presença do DNA do vírus Varicela Zoster na saliva de 20 pacientes dos 121 pacientes com diagnóstico clínico de paralisia facial de Bell⁽²⁾. Este é um vírus que primeiramente causa uma infecção aguda, seguida de uma infecção latente na qual o DNA viral permanece dentro do núcleo do neurônio em sua forma não infecciosa, possuindo reativação periódica. Essa apresentação do vírus, possui mecanismos para desenvolver a paralisia facial periférica⁽³⁾. **Objetivo:** Estabelecer relação entre o vírus da herpes e a paralisia facial, assim como suas manifestações clínicas características. **Material e Métodos:** Essa é uma pesquisa baseada em estudos bibliográficos utilizando as bases de dados Scielo e PubMed. **Resultados e Discussão:** Foram pesquisados dentre os tipos do vírus do herpes aqueles que podem ocasionar paralisia facial periférica. Inicialmente, estabeleceu-se que em todas as variantes (Herpes Vírus tipo-1 e o vírus Varicela Zoster)^(4,5) a paralisia muscular seria causada em razão do comprometimento da fibra motora do nervo facial, o VII par dos nervos cranianos, em seu trajeto até os músculos da mímica, havendo o comprometimento da expressão facial de toda hemiface do lado afetado, caracterizando a fácies típica do distúrbio neurológico⁽⁶⁾. Contudo, as manifestações clínicas podem ser diferentes do habitual, conforme a existência de síndromes relacionadas, gerando sintomas característicos. Visando o entendimento, explica-se a Síndrome de Ramsay-Hunt, causada pelo vírus varicela zoster, em que o conjunto de sintomas como hipoacusia, vertigens e zumbidos exemplifica o acometimento também do nervo vestiboclear, o VIII par dos nervos cranianos, que mantém relação íntima com o nervo facial durante sua trajetória pelo meato acústico interno no crânio⁽⁵⁾. **Conclusão:** O estudo possibilitou o entendimento das diversas formas de ocasionar paralisia facial do tipo periférica. Concluiu-se, que um vírus tão conhecido e comum na população, como herpes, possa ser sua causa, afastando, assim, o pensamento errôneo de que distúrbios neurológicos são intrínsecos ao sistema nervoso.

Palavras-chave: Paralisia Facial. Vírus. Herpes. Manifestações Clínicas.

Referências

- 1-Geller M; Neto MS; Ribeiro MG; Oliveira L; Naliato ECO; Abreu C et al. Herpes Simples: Atualização Clínica, Epidemiológica e Terapêutica. *J. Bras. Doenças Sex. Transm.* 2012; 24(4): 260-266. Disponível em URL: <http://www.dst.uff.br/revista24-4-2012/8-Herpes%20Simples%20Atualizacao%20Clinica.pdf>
- 2-Furuta Y; Ohtani F; Kawabata H; Fukuda S; Bergström T. High Prevalence of Varicella-Zoster Virus Reactivation in Herpes Simplex Virus-Seronegative Patients with Acute Peripheral Facial Palsy. *Clinical Infectious Diseases.* 2000; 30(3): 529-533. Disponível em URL: <https://academic.oup.com/cid/article/30/3/529/600369>
- 3-Kumar V; Abbas AK; Aster JC. Robbins & Cotran. *Patologia: Bases Patológicas das Doenças.* 9.ed. São Paulo, Editora Elsevier, 2016
- 4-Silva IHB; Lopes TS; Motta ENM; Deveras JLA; Côrtes PC; Marques CCS et al. Paralisia Facial Periférica de Bell: Atualização do Tratamento. *Revista de Saúde.* 2012; 3(2): 40-48. Disponível em URL: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RS/article/view/89/pdf>
- 5-Lugo VMW; Soto PC; Vallarino FA; Ramírez SP. Diagnóstico por Imagem Síndrome de Ramsay-Hunt. *Anestesia en México* 2006; 18(3): 170-173. Disponível em URL: <https://academic.oup.com/cid/article/30/3/529/600369>
- 6-Silva AI; Magalhães T. Tratamento farmacológico da Paralisia Facial Periférica Idiopática: qual a evidência?. *Ver. Port. Med. Geral Fam.* 2013; 29: 308-314. Disponível em URL: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v29n5/v29n5a05.pdf>

A IMPORTÂNCIA DE UMA DIETA EQUILIBRADA NO TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA

Marcella Soares Bastos¹; Thaís Fernandes Campos²; Leide Daiana Silveira Cardoso³; Caroline Dalva Magalhães Medeiros⁴; Ariadna Cordeiro Andrade⁵

¹ Graduanda em Medicina nas Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE)

² Graduanda em Medicina nas Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE)

³ Graduanda em Medicina nas Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE)

⁴ Graduanda em Medicina nas Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE)

⁵ Graduanda em Medicina na Faculdades Integradas Pitágoras (FIP-MOC)

Autor para correspondência:

Marcella Soares Bastos

E-mail: marcellasbastos@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A síndrome metabólica é um conjunto de patologias (obesidade central, alteração no nível da glicose, dislipidemia e hipertensão) e está associada ao aumento de doenças cardiovasculares aterosclerótica, o que a torna mais valorizada no ramo da saúde, e diabetes mellitus tipo 2^{1,2}. Como principais fatores de risco relacionados a essa síndrome temos: a resistência à insulina, obesidade, hiperinsulinismo e a idade^{1,3}. Sua fisiopatologia é complexa por ser constituída de inúmeras patologias, porém, o principal mecanismo que desenvolve todos os sintomas é a resistência à insulina⁴. Seu tratamento baseia-se tanto no uso de medicamentos, como na mudança de hábitos de vida, como dietas balanceadas e realização de atividades físicas^{5,7}. **Objetivo:** Analisar as bases do tratamento da síndrome metabólica e a importância da dieta no controle da doença. **Material e Métodos:** Para a elaboração do presente estudo, foi feita uma revisão de literatura em bibliotecas virtuais, como artigos científicos e diretrizes acessados nas plataformas Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), além de livros didáticos. **Resultados:** Uma dieta equilibrada é uma das principais medidas a ser tomada no tratamento da Síndrome Metabólica, e deve ser direcionada para a perda de peso. Essa perda ponderal ocasionada pela mudança no hábito alimentar, juntamente com a atividade física, irá gerar consequências positivas para o paciente, como a melhora do perfil lipídico, diminuição da pressão arterial e da glicemia, além de beneficiar a sensibilidade à insulina, e, conseqüentemente, contribuir para a redução do risco cardiovascular^{2,5,6,7}. **Conclusão:** Com o presente estudo, foi possível observar que uma dieta adequada contribui para o controle das enfermidades presentes na Síndrome Metabólica, tornando assim uma medida indispensável no tratamento dessa Síndrome, além de diminuir o risco de patologias cardiovasculares. **Palavras-chave:** Síndrome Metabólica. Tratamento da Síndrome Metabólica. Diabetes Mellitus tipo 2. Doenças Cardiovasculares. Dislipidemia.

Referências

1. Penalva DQF. Síndrome metabólica: diagnóstico e tratamento. Revista Médica, São Paulo, v. 4, n. 87, p.245-250, out. 2008.
2. Araújo TF; Guimarães DF; Gomes ET; Luz JCM; Spini VBMG. Síndrome metabólica - fatores de risco e aspectos fisiopatológicos. Revista Brasileira de Medicina, Araguari, v. 7, n. 68, p.7-11, 2011.
3. Oigman W. Sinais e sintomas em hipertensão arterial. Jornal Brasileiro de Medicina, São Paulo, v. 5, n. 102, p.13-18, out. 2014.

4.Carvalho MHC. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, São Paulo, v. 84, n. 1, p.1-27, abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v84s1/a01v84s1.pdf>

5.Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica, Caderno de Atenção Básica - diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, v. 36, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf

6.Steemburgo T; Daal'Alba V; Gross, JL; Azevedo MJ. Fatores Dietéticos e Síndrome Metabólica. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia, Porto Alegre, v. 9, n. 51, p. 1425-1433, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302007000900004

ANÇA CRIANÇA FELIZ: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Adriana Moreira Soares¹; Patrícia Deise Mendes Rocha²

¹ Graduanda do curso de Farmácia do Instituto Educacional Santo Agostinho

² Graduanda do curso de Farmácia do Instituto Educacional Santo Agostinho

Autor para correspondência:
Patrícia Deise Mendes Rocha
patriciadeise@hotmail.com

RESUMO

Introdução: O IESSC (Interação em Saúde no Serviço e na Comunidade) é um conjunto de ações que visa o aprimoramento de acadêmicos da área da saúde para o campo profissional, de modo que os alunos possam colocar em prática conhecimentos obtidos em sala de aula. Diversas são as perspectivas de mudanças na formação dos profissionais da saúde, as quais incluem a reflexão e transformação da interface ensino/trabalho, ou seja, das relações entre o ensino e os serviços de saúde⁽¹⁾. Para Henriques⁽²⁾, tem-se visto movimentos na direção de transformações dos velhos modelos de ensino para formação na saúde, os quais se mostram incapazes de responder adequadamente às necessidades apresentadas pela população. **Objetivo:** O Evento Criança Feliz teve como objetivo proporcionar às crianças do Lar Nossa Senhora do Perpétuo Socorro uma manhã de lazer e diversão visando o bem estar dos participantes que se encontram em situação de vulnerabilidade. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um relato de experiência vivenciado no IESSC pelos acadêmicos do primeiro período de Farmácia. **Resultados e discussões:** Foi uma experiência enriquecedora tanto para os acadêmicos quanto para as crianças atendidas no evento, pois puderam perceber o quanto o amor, o carinho, o companheirismo, a compreensão e tantos outros valores são importantes para o crescimento e desenvolvimento de uma criança em situação de vulnerabilidade. E principalmente o quanto é importante não pular nem uma fase da vida, pois a fase infantil passa muito rápido e é onde a educação e a criação entram como fatores que podem ser decisivos para definir o adulto que aquela criança venha se tornar. Por esse motivo a integração ensino-serviço e sua relação com a formação superior dos profissionais de saúde, com os modelos tecnoassistenciais, com a prática do cuidado em saúde, com o trabalho em equipe e com a educação permanente⁽³⁾. É de fundamental importância estabelecer boas relações entre a universidade e a comunidade e a vivência de alunos e docentes na realidade da comunidade. **Considerações finais:** A diversificação de cenários de ensino-aprendizagem, considerada por Feuerwerker⁽⁴⁾ como uma estratégia para induzir mudanças mais profundas no processo de formação profissional; um elemento, em si mesmo, constitutivo de uma nova maneira de pensar esta formação. Podemos concluir que eventos como este são importantes para o crescimento pessoal e profissional dos acadêmicos. É uma oportunidade de conhecer uma outra realidade que não faz parte do dia a dia da maioria dos universitários. E é também uma forma de poder ajudar outras pessoas, levando um pouco de diversão e carinho. A esperança é o incentivo de um futuro promissor para cada uma das crianças do Lar Nossa Senhora do Perpétuo Socorro.

Palavras-chave: Criança. Brincadeiras. Experiência. IESSC. Crescimento. Lar.

Referências

1. Albuquerque, V.S. et al. A integração-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais de saúde. 2007 [citado 2018 ago 16]. Disponível em URL:<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a10>.
2. Henriques RLM. Interlocução entre ensino e serviço: possibilidades de ressignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. In: Pinheiro R, Mattos RA orgs. Construção social da demanda. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/CEPESC/ABRASCO; 2005.
3. Albuquerque, V.S. et al. A integração-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais de saúde. 2007 [citado 2018 ago 16]. Disponível em URL:<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a10>.
4. Feuerwerker L. Além do discurso da mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica; 2002.

ALTERAÇÕES DA LINGUAGEM E DO COMPORTAMENTO EM PACIENTES COM AUTISMO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Bárbara Freitas Almeida ¹; Johnne Filipe Oliveira de Freitas ²; Mariane Silveira Barbosa ³

¹Acadêmica de Medicina; Faculdades Unidas do Norte de Minas- Funorte

²Acadêmico de Medicina; Faculdades Unidas do Norte de Minas- Funorte,

³Psiquiatra; Faculdades Unidas do Norte de Minas- Funorte,

Autor para correspondência:
Bárbara Freitas Almeida
E-mail:barbara_sf14@hotmail.com

RESUMO

Introdução: O desenvolvimento global da criança depende da integridade das áreas cognitiva, afetiva, social e comunicativa, além do ambiente no qual o indivíduo está inserido⁽¹⁾. No Transtorno do Espectro Autista (TEA) esses domínios podem estar comprometidos, afetando a linguagem e o comportamento dos pacientes⁽¹⁾. **Objetivo:** Verificar a produção científica acerca de alterações da linguagem e do comportamento em pacientes com transtorno autístico. **Material e Métodos:** Trata-se de uma revisão bibliográfica de artigos científicos em português publicados nos últimos 05 anos, na base eletrônica Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme) com os descritores: Transtornos Globais do Desenvolvimento (AND) Transtorno Autístico (OR) Autismo Infantil. Os critérios de inclusão foram artigos publicados entre 2013 e 2017 em língua portuguesa. Teses, monografias, artigos em duplicidade e aqueles que divergem do tema central foram excluídos. **Resultados e Discussão:** Foram encontrados seis artigos, 02 em português e 04 em português e inglês. Para a análise, o conteúdo das produções foi dividido em dois eixos: 1) Alterações da linguagem e 2) Alterações do comportamento. No Transtorno do Espectro Autista (TEA) os prejuízos nos domínios cognitivos, sociais e afetivos comprometem o desenvolvimento da criança com TEA e, com isso, podem surgir diversas alterações na linguagem e no comportamento⁽¹⁾. Destarte, os indivíduos acometidos apresentam particularidades e devem ser analisados sob diferentes perspectivas^(1,4). A etiologia é variável e, antes dos 03 anos de idade, as crianças já demonstram alguns sintomas⁽⁵⁾. Quanto à linguagem, observou-se que um dos artigos discute sobre regressão autística e conclui que as crianças acometidas por esse fenômeno não apresentaram desfecho clínico mais favorável na fala quando comparadas com aquelas sem regressão autística⁽²⁾. Outra produção concluiu que o início do acompanhamento de crianças em idades mais precoces apresenta maiores progressos em comparação com os resultados entre crianças mais velhas e os adolescentes⁽⁶⁾. Em relação ao segundo eixo, um artigo descreve alterações como repertório limitado de atividades e interesses, dificuldades com atenção compartilhada, entre outros⁽⁵⁾. Sabe-se ainda que o paciente pode apresentar alguns sintomas associados, tais como ansiedade e dificuldade de atenção⁽⁵⁾. Hormônio ocitocina; intervenções indiretas com treinamento dos pais e cuidadores primários; intervenções diretas com o paciente; além de terapias que envolvem o uso de *softwares* educacionais, como em jogos de computador que podem estimular as áreas cognitiva, afetiva, social e comunicativa são tratamentos disponíveis para o TEA⁽⁶⁾. **Conclusão:** A literatura é escassa acerca

de produções sobre o TEA. Por conseguinte, percebe-se a necessidade de mais estudos para aperfeiçoar as formas de acompanhamento por parte dos profissionais e ajudar os pais e cuidadores a compreender o transtorno e a estimular as crianças de forma adequada.

Palavras-chave: Transtornos Globais do Desenvolvimento. Transtorno Autístico. Autismo Infantil.

Referência

1. Misquiatti ARN, Brito MC, Olivati AG, Santos TR, Fernanda DM. Sociocognitive performance in autism spectrum disorders and interference of the therapeutic environment. *Codas* 2014 Set-Out; 26(5): 402-6.
2. Tamanaha, AC, Machado, GMG, Loebmann, C, Perissionoto, J. Process of speech acquisition and development of autistic children with or without autistic regression. *Codas* 2014 Jul-Aug; 26(4):265-9.
3. Barbosa, MRP, Fernandes, FDM. Comparing the results of DAADD and ABC of children included in autism spectrum disorders. *Codas* 2014 May-Jun; 26(3): 208-12.
3. Teixeira, RM, Jucá, VJS. Caracterização dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil do município de Salvador (BA). *Rev. psicol. (Fortaleza, Online)* 2014 jul-dez; 5(2): 70-84.
4. Martins, LZ, Fernandes, FDM. Short-term speech-language intervention for children with disorders of the autism spectrum. *Codas* 2013 25(6): 542-7.
5. Amato, CAH, Santos, THF, Barbosa, MRP, Fernandes, FDM. Estudo longitudinal da terapia de linguagem de 142 crianças e adolescentes com distúrbios do espectro do autismo. *Codas* 2013; 25(4): 388-390.

ANÁLISE DO EXÉRCICIO FÍSICO NO TRATAMENTO DA HÉRNIA DE DISCO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Renata Alves Jabbur¹; Ana Luiza Dumbá Castro Soares²; Giovana Arruda Coelho³; Jairo Romão Santos Neto⁴; Raphaela Toledo Alkimim⁵; Carolina Ananias Meira Trovão⁶.

¹ Graduação; Faculdades Unificadas do Norte de Minas – Instituto de Ciências e Saúde

² Graduação; Faculdades Unificadas do Norte de Minas – Instituto de Ciências e Saúde

³ Graduação; Faculdades Unificadas do Norte de Minas – Instituto de Ciências e Saúde

⁴ Graduação; Faculdades Unificadas do Norte de Minas – Instituto de Ciências e Saúde

⁵ Graduação; Faculdades Unificadas do Norte de Minas – Instituto de Ciências e Saúde

⁶ Graduada em Medicina pela Universidade Estadual de Montes Claros

Autor para correspondência:

Renata Alves Jabbur

Email: renatajabbur@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A hérnia de disco lombar é um dos distúrbios degenerativos mais comuns que afetam a população geral. Além disso, é uma das causas mais comuns de dor lombar e ciática, afetando significativamente a qualidade de vida e laboral de várias pessoas. **Objetivos:** Revisar sistematicamente a literatura a fim de demonstrar a importância da atividade física no tratamento da hérnia discal, principalmente em relação à lombalgia e à cialtagia. **Metodologia:** Efetuou-se revisão sistemática da literatura com os seguintes descritores indexados: “herniateddisc” e “physicalexercise”, na base de dados PUBMED. Como critério de inclusão: foram selecionados trabalhos que relacionam a atividade física e hérnia discal, publicados nos últimos 5 anos, texto completo e no idioma português e inglês, relacionados à espécie humana. Como critério de exclusão: artigos que não referiam ao tema central. **Resultados e Discussão:** Os exercícios empregados pelos fisioterapeutas, a associação de exercício após cirurgia e a associação do exercício com terapia a laser foram benéficas para o manejo da lombalgia e cialtagia, uma vez que leva a estabilidade muscular, diminui a fadigabilidade muscular e restaura o tamanho do músculo após atrofia provocada por dores e inibição do reflexo. **Conclusão:** A terapia do exercício físico vem se apresentando benéfica para diminuição da lombalgia e cialtagia, secundárias à hérnia de disco vertebral. Entretanto, precisa-se de mais estudos para aperfeiçoar as técnicas.

Palavras-chave: Exercício físico. Hérnia de disco. Lombalgia. Cialtagia.

Introdução

A hérnia de disco lombar é um dos distúrbios degenerativos mais comuns que afetam a população geral. É uma patologia definida como um deslocamento dos componentes do disco além do espaço intervertebral. Além disso, é uma das causas mais comuns de dor lombar e ciática, afetando significativamente o trabalho, a vida diária e a qualidade de vida.^{1,2} A região lombar é o local mais comum envolvido na dor musculoesquelética. Nos países desenvolvidos, essa dor ocupa o segundo lugar após as dores de cabeça entre as outras causas de dor. Das pessoas que vivem em países industrializados, aproximadamente 80% sofrem de dor lombar em um determinado momento de suas vidas e aproximadamente 10% das pessoas que sofrem desse tipo de dor desenvolvem dor lombar crônica. Além disso, aproximadamente 1% da população está completamente incapacitada devido à dor lombar. Ela geralmente começa em uma idade jovem, e a prevalência é a mais alta na população

de meia-idade.³ A prevalência ao longo da vida desse tipo de hérnia foi estimada em 1 a 3%. Embora evidência anatômica de hérnia de disco esteja presente em 20-40% dos exames de imagem entre indivíduos assintomáticos. A hérnia clinicamente mais relevante ocorre entre as idades de 30 anos e 50 anos, mas também pode ocorrer em adolescentes e idosos e, acredita-se que de 2% a 5% dos pacientes que procuram ajuda sofrem hérnia discal, enquanto que, em cerca de 40% dos pacientes com dor lombar em busca de ajuda, a causa é a hérnia discal.⁴

Como é bem conhecido, os objetivos da intervenção da hérnia discal é o alívio da dor, prevenir recorrências, o desenvolvimento de dor crônica e incapacidade, aumentar a mobilidade e função, melhorar a qualidade de vida, acelerar o processo de retorno ao trabalho e minimizar os efeitos adversos de tratamentos.^{1,2,3}

Materiais e Métodos

Foram pesquisados artigos que analisaram os efeitos do exercício físico sobre hérnia de disco. Sendo incluídos artigos, a partir de revisão sistemática de literatura, buscando trabalhos que relacionam a atividade física e hérnia discal, dos últimos 5 anos, texto completo e nos idiomas inglês e português. Como critérios de exclusão: artigos que não se enquadraram à temática. A pesquisa dos artigos foi realizada na base de dados PubMed, utilizando-se um conjunto de intersecção de termos de busca bibliográfica: “herniateddisc” e “physicalexercise”. Realizou-se uma primeira avaliação, tendo por base os títulos e o resumo dos artigos e rejeitaram-se aqueles que não preencheram os critérios de inclusão ou apresentaram algum critério de exclusão, que é não abordar o tema. Foram encontrados 17 artigos. Após leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 5 artigos. Posteriormente realizou-se uma síntese narrativa dos estudos selecionados.

Resultados e Discussão

Uma variedade de terapias tem sido proposta para o tratamento, incluindo tratamentos conservadores e opções cirúrgicas, sendo que a escolha depende da gravidade dos sintomas. Em alguns casos, a recomendação para cirurgia imediata é devido a sintomas neurológicos graves. Manejos não cirúrgicos são convenientes, seguros, eficazes e menos dispendiosos, sendo um benefício para os pacientes e para a sociedade. Por mais de um século, o repouso no leito foi considerado a melhor solução para muitos distúrbios musculoesqueléticos, pois melhora a circulação local e a eliminação da inflamação e do edema dos tecidos moles circundantes, uma vez que evita a estimulação na medula espinhal ou raiz nervosa causado pelo movimento.^{1,2} Entretanto, a imobilização gera atrofia muscular que levaria às dores e à inibição de reflexos.⁴ Atualmente, há fortes evidências de que ficar ativo em vez de repouso resulta em menos tempo perdido do trabalho, melhora do status funcional e menos dor. Um estilo de vida ativo e treinamento funcional ajudam manter a estabilidade biodinâmica da coluna vertebral e é possível reduzir a recorrência de hérnia de disco lombar. Os exercícios físicos são comprovadamente eficazes no tratamento de lesões degenerativas da coluna vertebral em geral, incluindo alongamentos passivos e ativos, deambulação (caminhada), fortalecimento da musculatura e atividades de flexibilidade. A modalidade do exercício, bem como a frequência e intensidade pode ser determinante para a melhora ou agravamento do quadro.^{1,2}

Conclusão

Foi demonstrado que um programa de exercícios de estabilização produz melhorias a curto prazo na impressão global de recuperação e em atividades para pessoas com lombalgia, e os resultados são mantidos após 6 meses e 12 meses. Os benefícios de exercícios de estabilização da coluna vertebral têm sido associados a um melhor padrão de ativação e o início da atividade (no músculo transversos abdominal e as multífidus), diminuiu fadiga muscular, e restauração de tamanho muscular

após a atrofia muscular provocada por dores e inibição do reflexo.⁴Estudos sobre os efeitos de exercícios de caminhada em esteira para o tratamento de hérnia de disco lombar pós-cirúrgica não são muitos, mas a esteira é o equipamento de exercício mais popular entre os fisioterapeutas para reabilitação, pois proporciona um treino aeróbico direto e eficiente. O benefício terapêutico desses exercícios para o tratamento da dor lombar crônica e cervical, além de melhorar a condição cardiovascular e o bem-estar geral, pode ser semelhante ao benefício dos exercícios de estabilidade central.^{4,5}Além disso, alguns estudos mostraram que a terapia a laser de baixa intensidade combinada com o exercício teve mais benefícios do que o exercício isolado na dor lombar crônica a longo prazo.³ Entretanto, faltam estudos para aperfeiçoar a técnica realizada no exercício físico para melhora da lombalgia e ciatalgia.

Referências

- 1.Shengzheng K. et al. The effect of lumbar disc herniation on musculoskeletal loadings in the spinal region during level walking and stair limbing. Edition 23. Medical Science Monitor. Beijing, China, 2017.
- 2.Zhang B. et al. A narrative review of non-operative treatment, especially traditional Chinese medicine therapy, for lumbar intervertebral disc herniation. Edition 4. BioScienceTrends. Shandong, China, 2017.
- 3.Boyraz I. et al. Comparison of high intensity laser therapy and ultrasound treatment in the patients with lumbar discopathy. BioMedResarch International, 2015.
- 4.Ganiyu S O. et al. Effects of acupuncture, core stability exercises, and treadmill walking exercises in treating a patient with postsurgical lumbar disc herniation: a clinical case report. Journal of Acupuncture and Meridian Studies, 2015.
- 5.Boote J. et al. Physiotherapy for patients whit scatica awaiting lumbar microdiscectomy surgery: a nested, qualitative study of patients' views and experiences. Edition 3. PhysiotherResearchInternational, 2016.

APENDICITE AGUDA: EPIDEMIOLOGIA, MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E DIAGNÓSTICO

André Renato Albuquerque Morais¹; Amanda Moreira Durães²; Emilly Nascimento Silva³; Jessica Danielle Cardoso Lopes⁴; Giovanna Silva Alves⁵; Ludimila Brito Batista⁶;

¹Graduando Medicina, Faculdades Unidas do Norte de Minas

²Graduando Medicina, Faculdades Unidas do Norte de Minas

³Graduando Medicina, Faculdades Unidas do Norte de Minas

⁴Graduando Medicina, Faculdades Unidas do Norte de Minas

⁵Graduando Medicina, Faculdades Unidas do Norte de Minas

⁶Graduando Medicina, Faculdades Unidas do Norte de Minas

Autor para correspondência:
André Renato Albuquerque Morais
Email: armorais@gmail.com

RESUMO

Introdução: A apendicite aguda é a inflamação do apêndice intestinal, causada geralmente pela obstrução da cavidade do apêndice, sendo a principal causa de abdome agudo^(1,2). O quadro clínico e os exames complementares são essenciais para o diagnóstico precoce que é determinante para um prognóstico favorável⁽³⁾. **Objetivo:** O presente estudo tem como objetivo descrever a epidemiologia, manifestações clínicas e diagnóstico da apendicite aguda, baseando-se na literatura científica atualizada. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, com busca de artigos nos bancos de dados, como PubMed e Scielo, utilizando as palavras-chaves do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): “apêndice”, “abdome agudo” e “apendicite”. **Resultado e Discussão:** A apendicite aguda concentra sua importância epidemiológica no fato de ser a principal causa mundial de abdome cirúrgico, estimando-se que acometa cerca de 7% da população⁽¹⁾. Pacientes jovens são as principais vítimas, com mulheres de 10 a 14 anos e homens de 15 a 19 anos no pico de incidência, sendo rara em crianças abaixo de 5 anos e adultos acima dos 50^(1,2,3). Um dos fatores contribuintes para sua ocorrência é a dieta pobre em fibras, sobretudo em países industrializados, e atribui-se o declínio de sua incidência nas últimas décadas à melhoria dos hábitos alimentares^(1,3,4). A apresentação clínica inicial é descrita por anorexia seguida de dor abdominal, com padrão de cólica leve em região mesogástrica ou periumbilical^(3,4). Pode haver alteração do hábito intestinal, vômitos e febre baixa. A dor se acentua progressivamente, migrando para o quadrante inferior direito. Sua localização clássica é no ponto de McBurney, situado no limite do terço médio com o terço inferior da linha traçada entre o umbigo e a espinha íliaca anterossuperior. Nessa fase evolutiva, a dor piora com a movimentação da parede abdominal, sobretudo com a tosse, caracterizando o sinal de Dunphy⁽³⁾. Quando não se institui tratamento cirúrgico precoce, o quadro pode evoluir para uma apendicite perforada, cuja suspeita clínica deve ocorrer se a temperatura estiver acima de 38,3°C, com taquicardia, dor intensa e difusa e rigidez muscular^(3,4). O diagnóstico é clínico e deve ser feito precocemente pelo risco de complicações^(2,3,4). O hemograma é o primeiro exame a ser solicitado e apresenta leucocitose moderada com desvio para esquerda^(3,4). Como exames de imagem a ultrassonografia é a mais utilizada devido ao baixo custo e alta sensibilidade e especificidade. A radiografia simples pode ser solicitada, mas apresenta baixa acurácia e em poucas situações observam-se alterações sugestivas de apendicite. O exame mais confiável é a tomografia computadorizada, com as desvantagens de ter alto custo e utilizar radiação ionizante^(3,4,5). A laparotomia exploratória possibilita o exame direto da cavidade abdominal, sendo muito invasiva. Apesar da importância de tais exames no auxílio do diagnóstico e na abordagem cirúrgica, estes não devem postergar o tratamento^(3,4). **Conclusão:** Com base nesse estudo, é possível concluir que a

apendicite aguda é típica de adolescentes e adultos jovens. O ponto de McBurney é o local mais provável de percepção da dor. Apesar dos exames de imagem estarem disponíveis em hospitais para fazer o diagnóstico e serem mais acessíveis, a melhor forma de fazê-lo seria com base na história, exame físico, hemograma completo e a tomografia computadorizada.

Descritores: Abdome agudo.Apendicite. Epidemiologia.

Referências

- 1.Lima AP, Vieira FJ, Oliveira GPM, Ramos OS, Avelino ME, Prado FG, et al. Perfil clínico-epidemiológico da apendicite aguda: análise retrospectiva de 638 casos. Rev. Col. Bras. Cir. v.43, n.4, p.248-253; 2016.
- 2.Franzon O, Piccoli MA, Neves TT, Volpato MG. Apendicite aguda: análise institucional no manejo peri-operatório. ABCD Arq. Bras. Cir. Dig. v.22, n.2, p. 72-75; 2009.
- 3.Freitas RG, Pitombo MB, Maya MCA, Leal PRF. Apendicite Aguda. Rev. do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ. ano 8, p.38-51; janeiro/junho 2009.
- 4.Matos B, Santana C, Souza D, Rodrigues E, Gonçalves E, Dias F, et al. Apendicite Aguda. Rev. Med. Minas Gerais, v.21, n.2, p.29-32; 2011.
- 5.Bon TP, Frascari P, Moura MA, Martins MVDC. Comparativo entre pacientes com diagnóstico de apendicite aguda em unidades de pronto atendimento e hospital de emergência. Rev. Col. Bras. Cir. v.41, n.5, p.3.

ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR EM QUEIMADOS: REVISÃO DE LITERATURA

Camila Tavares de Sá¹; Antônio Ricardo Rabahi¹; WilleDingsor Souza Pereira².

¹Graduandos em medicina pela instituição FUNORTE/ICS7

²Médico cardiologista, com formação pela Unimontes. Professor das Faculdades Unidas do Norte de Minas, na disciplina de Anatomia Humana e Urgência e Emergência.

Autores para correspondência:
Camila Tavares de Sá
camilatsa95@gmail.com
Antônio Ricardo Rabahi
antonio_rabahi@hotmail.com

RESUMO

Introdução: Entende-se por queimaduras, aquelas lesões de tecidos orgânicos em decorrência de trauma de origem térmica, química e elétrica, capazes de danificar os tecidos corporais e causar morte celular.⁽¹⁾ Esses danos podem ser classificados e avaliados de acordo com a profundidade do local acometido, sendo de primeiro, segundo ou terceiro grau e com a extensão do trauma, realizada de acordo com a idade e geralmente feito por meio da “regra dos nove”. O conjunto dessas avaliações, juntamente com eventual lesão inalatória e politrauma determinarão a gravidade do paciente e a conduta mais adequada a ser realizada.^(2,3) Apesar de o prognóstico ter melhorado bastante, graças ao reconhecimento da importância do debridamento precoce e a maneira de se realizar um correto atendimento pré hospitalar, as queimaduras ainda configuram importante causa de mortalidade.⁽¹⁾ **Objetivo:** O objetivo do presente trabalho foi analisar os cuidados pré hospitalares que deverão ser tomados em casos de queimaduras em geral. **Materiais e métodos:** Resumo de cunho expositivo, no qual se desenvolveu uma revisão de literatura de artigos disponíveis na plataforma “SCIELO”, “LILACS” e “BIREME” sendo selecionados 3 artigos de 2005 a 2017, em língua portuguesa. Além disso, foram utilizados as cartilhas de queimaduras do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Queimaduras, além de manuais que se adequavam ao tema. **Resultados e discussão:** No que se refere ao atendimento emergencial no tratamento de queimaduras, segue-se praticamente a mesma sequência do atendimento à vítima com outras formas de trauma.⁽⁴⁾ Inicialmente, afasta-se o paciente da fonte causadora da queimadura para interromper o processo. Após, segue-se uma avaliação clínica completa do paciente e registro do agente causador bem como a profundidade e a extensão da queimadura. A lesão térmica de vias aéreas deve ser suspeitada e iniciado oferta de oxigênio. As vestes queimadas devem ser retiradas e a superfície acometida, lavada com água corrente até ser totalmente resfriada, tomando especial cuidado para evitar a hipotermia. É importante não passar nenhuma pomada, produto ou receita caseira na área acometida, para evitar irritações e agravar a lesão. Deve-se realizar a profilaxia para tétano. Pacientes com queimaduras de segundo e terceiro grau necessitam de acesso venoso e reposição volêmica, com Ringer Lactato. Caso as veias superficiais estejam trombosadas, recomenda-se a dissecação da veia safena.⁽⁵⁾ **Conclusão:** Constata-se que o atendimento pré hospitalar em queimados é de extrema importância e se realizado de maneira adequada e em tempo hábil é capaz de reduzir drasticamente a mortalidade por esse tipo de trauma. Entretanto, visto que em muitos hospitais de urgência faltam equipamentos adequados e até mesmo materiais básicos para o correto atendimento, como luvas e vestimentas cirúrgicas, um procedimento que em tese seria simples se torna complicado e aumenta a morbimortalidade dos pacientes envolvidos. Além disso, reforça-se também a importância da conscientização da população comum sobre os cuidados emergenciais em queimaduras, pois ainda é muito forte alguns mitos e

tradições populares acerca do manejo e do cuidado de queimaduras, como exemplo a utilização de creme dental e outros produtos nas lesões.

Palavras-chave: Queimaduras. Primeiros socorros em queimaduras. Tratamento de queimaduras. Manejo inicial de queimaduras.

Referências

- 1.Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Queimaduras: diagnóstico e tratamento inicial. Projeto Diretrizes – Associação Médica Bras. e Cons. Federal de Medicina [revista em Internet] 2008abril. [acesso em 10 ago 2018]; 1-14.Disponível em: https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/queimaduras-diagnostico-e-tratamento-inicial.pdf
- 2.BRASIL - Ministério da Saúde. Cartilha para tratamento de emergências das queimaduras [revista em Internet]2012. [acesso em 10 ago 2018]; 1-20. Disponível em: https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/queimaduras-diagnostico-e-tratamento-inicial.pdf
- 3.Everton Carlos Siviero do Vale. Anais Brasileiros de Dermatologia. Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista [Anais em Internet]; jan-fev 2005; Rio de Janeiro (RJ) Brasil.**Sociedade Brasileira de Dermatologia**;2005.[acesso em 18 ago 2018]. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/42706481/Anais-Brasileiros-de-Dermatologia-Primeiro-to-Em-Queimaduras-a-Abordagem-Do-Dermatologist-A>
- 4.Colégio Americano de Cirurgiões; Comitê de Trauma. Advanced trauma lifesupport ATLS, Manual para alunos.9ª. ed. Estados Unidos da América.Colégio Americano de Cirurgiões; 2012. [acesso em 10 ago 2018]. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/22950184/advanced-trauma-life-support-atls>
- 5.Sociedade Brasileira de Queimaduras. Primeiros socorros e cuidados. [homepage na internet]. [acesso em 18 ago 2018]. Disponível em: <http://sbqueimaduras.org.br/queimaduras-conceito-e-causas/primeiros-socorros-e-cuidados/> .

FERRAMENTAS DA ABORDAGEM FAMILIAR NA ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE CASO

Mariana Braga Almeida¹; Brisa Jorge Silveira²; Kamilla Silva Bispo³; Renato Martins Tolentino⁴; Karina Andrade de Prince⁵, Maria Thercília Fonseca Sarmento⁶

¹Médica Residente em Medicina de Família e Comunidade pela Universidade Estadual de Montes Claros

²Médica Graduada nas Faculdades Integradas Pitágoras – FIP-Moc, de Montes Claros, MG

³Médica Residente em Medicina de Família e Comunidade pela Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES

⁴Médico Residente em Medicina de Família e Comunidade pela Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES

⁵Docente curso Medicina da FIPMOC- Montes Claros, Brasil. Doutora em Biociências e Biotecnologia Aplicadas à Farmácia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.

⁶Acadêmica do Curso de Graduação em Medicina das Faculdades Unidas do Norte de Minas, de Montes Claros (MG), Brasil

Autor para correspondência:

Mariana Braga Almeida

E-mail: marianabalmeida92@gmail.com.

RESUMO

Introdução:As ferramentas de acesso à família estudam relações e têm por objetivo estreitar as relações entre os profissionais de saúde da ESF e a família. **Objetivo:**Apresentar um relato de caso de uma família da área de abrangência da ESF Vila Antônio Narciso. **Material e Métodos:**Foram aplicadas ferramentas de estudo familiar, Genograma, Ecomapa, F.I.R.O. e P.R.A.C.T.I.C.E., no período de Fevereiro a Março de 2018. **Resultados e Discussão:**A aplicação das ferramentas de abordagem familiar possibilitou maior conhecimento da família assistida, e entendimento da rotina da paciente índice e dos efeitos deletérios que a sobrecarga do papel de cuidadora ocasionam em sua saúde. **Conclusão:**O estudo propiciou a compreensão das particularidades dos membros da família e apontou problemas passíveis de correção ou minimização.

Palavras-chave: Atenção primária. Saúde da família. Ciclo de vida. Família.

Introdução

Para possibilitar o conhecimento profundo da família pelos profissionais de saúde, faz-se necessário a utilização das ferramentas de estudo familiar. Trata-se de tecnologias que estudam relações e têm por objetivo estreitar as relações entre os profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) e a família¹. O presente trabalho pretende apresentar um relato de caso de uma família da área de abrangência da ESF Vila Antônio Narciso, na cidade de Montes Claros/MG, com enfoque na aplicação das ferramentas de abordagem familiar como meio de vínculo e aproximação da família.

Metodologia

Trata-se de um relato de caso desenvolvido no campo do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade. A escolha da família se deu a partir da observação de maior demanda de visitas domiciliares solicitadas pelos membros da família. Foram aplicadas as ferramentas de estudo familiar, Genograma, Ecomapa, Ciclo de Vida Familiar, F.I.R.O e P.R.A.C.T.I.C.E. A coleta de dados foi realizada no período de Fevereiro a Março de 2018.

Resultados e Discussão

A paciente-índice L.M.B.S. tem 60 anos, é casada, dona de casa, católica não praticante, possui hipertensão arterial sistêmica diagnosticada há mais de dez anos. O seu marido, J.P.S. tem 60 anos, aposentado, trabalhava no setor de montagem de empresa automobilística, possui gota. O filho do casal, N.B.S. 22 anos, foi adotado aos nove meses, é estudante, possui diagnóstico de autismo desde os dois anos, apresenta comprometimento da fala e da interação social. A mãe da paciente-índice, L.M.B. 93 anos, aposentada, católica; permanece a maior parte do tempo deitada no leito, é deprimida, queixosa. A primeira ferramenta de estudo de família utilizado foi o Genograma, que é uma representação gráfica da estrutura e do padrão de repetições das relações familiares². Ele aborda os dados da família de forma objetiva, mas possibilitando uma avaliação completa e global da cronologia e organização familiar através de uma visualização rápida^{3,4}. Já o Ecomapa tem por objetivo compreender e avaliar as fontes de apoio e suporte na comunidade e como elas estão sendo utilizadas pela família, para, então, agir sobre o problema e atingir ou preservar o equilíbrio biopsicoespiritossocial².

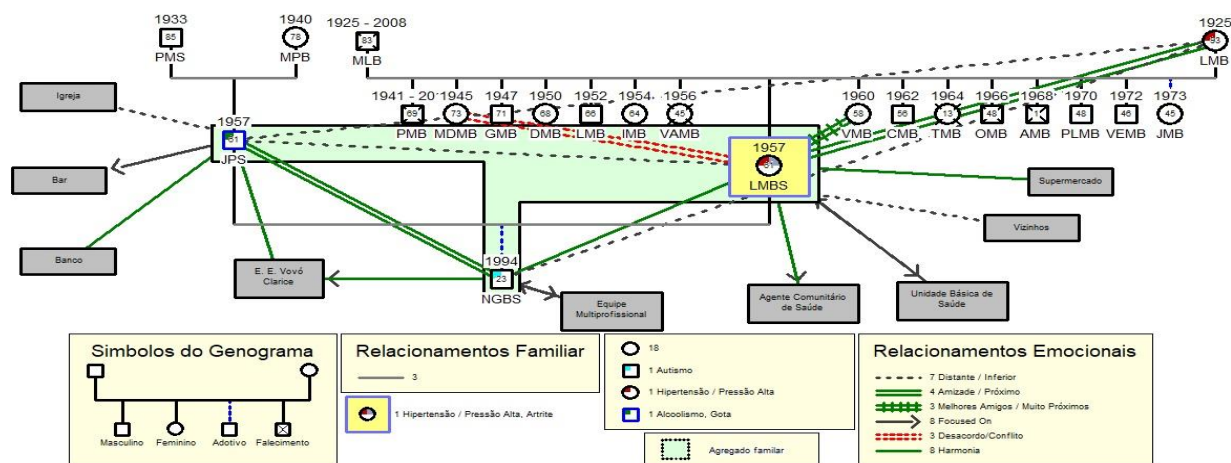


Figura 1: Genograma e Ecomapa: aspectos gerais. Fonte: do autor.

Considerando o Ciclo de Vida Familiar, a família em estudo encontra-se no estágio de desenvolvimento “VI” – famílias como centro de partida, já que é constituída por casal de meia idade e adulto jovem. Neste momento os filhos começam a estabelecer uma identidade em relação à família de origem. Os pais devem encorajá-los a adquirir responsabilidades emocionais e financeiras. No entanto a família em questão possui dificuldades nesse processo devido à condição do filho autista que demanda grandes responsabilidades dos pais, por possuir pouca autonomia sobre si. O modelo FIRO foi aplicado para avaliar as relações entre os membros. Na categoria inclusão, observa-se que o relacionamento dos pais com o filho é afetivo, com maior afinidade do filho pelo pai. Entre o casal há cumplicidade, porém com certo distanciamento. A L.M.B., mãe da paciente-índice, tem

relacionamento distante com o genro e neto, mas de grande dependência da filha, por quem tem mais afinidade. Há poucos momentos de diálogo entre a família. Na categoria controle, a paciente-índice exerce o papel dominante de “chefe de família”. O cônjuge encontra-se no papel colaborativo, já que acata a maioria das decisões da paciente-índice. Na categoria intimidade, nota-se certo distanciamento entre eles e dificuldade do filho em expressar sentimentos. Como solução, deve haver um ajuste na comunicação, para facilitar a consonância entre os membros⁵. A ferramenta P.R.A.C.T.I.C.E. foi aplicada para melhor avaliação do funcionamento da família e para fornecer informações sobre possíveis intervenções. P – *presenting problem* (problema apresentado): sobrecarga da paciente-índice em relação às suas funções na família. O esposo trata com frieza e consome bebida alcoólica diariamente há onze anos, o que dificulta a sua colaboração nas tarefas domiciliares. A paciente-índice colocar-se à disposição integral da família, perdendo o autocuidado. R - *roles and structure* (papéis e estrutura): A paciente-índice é responsável pelo gerenciamento das tarefas domésticas e pelo cuidado familiar. Os rendimentos financeiros ficam à cargo do cônjuge, através da sua aposentadoria. Ele ajuda com o filho e eventualmente a auxilia nas tarefas do lar. O filho e a mãe da paciente-índice, devido às suas respectivas limitações, não contribuem para o cuidado do lar. A - *Affect* (afeto): O afeto entre os membros não é explicitamente demonstrado, mas pode ser percebido através do respeito e harmonia uns para com os outros. C – *communication* (comunicação): A família discute pouco sobre os problemas. Em relação à mãe, diversas vezes L.M.B.S. tentou recorrer aos irmãos para ajudá-la, mas não obteve sucesso. Quanto ao etilismo do cônjuge, L.M.B.S. já tentou orientá-lo a parar, mas o mesmo não reconhece que é dependente. T – *time of lifecycle* (tempo no Ciclo de Vida): A fase familiar é classificada em “família como centro de partida”. I – *illness in family* (doenças na família) e C – *coping with stress* (enfrentando o estresse): Há um ano a paciente-índice está em tratamento de osteoartrose. A dor tem se intensificado a ponto de não conseguir realizar as suas atividades rotineiras. E – *ecology* (ecologia): A paciente-índice tem com sua amizade mais próxima com a irmã, V.M.B. A família não tem momentos de lazer, possuem pouco contato com os vizinhos. O maior problema apresentado no presente estudo foi a sobrecarga da paciente-índice que exerce o papel de cuidadora. Observa-se que o bem-estar da paciente-índice está comprometido pelo excesso de responsabilidades. Em parte pelos familiares que não auxiliam no cuidado da mãe, e em parte pelo cônjuge que não contribui nas obrigações do lar de maneira eficaz e mantém certo distanciamento, pelo consumo excessivo de álcool. Embora muitos pacientes com qualidade de vida comprometida necessitem de cuidados diários ininterruptos, os cuidadores familiares enfrentam problemas e tarefas para as quais eles não possuem qualificação ou formação. Além disso, têm que lidar com suas próprias limitações físicas e problemas médicos. Isso assoberba o cuidador, que acaba fornecendo ajuda insuficiente, o que leva a maior comprometimento da qualidade de vida do paciente e aumenta sua dependência⁶.

Conclusão

A relevância deste estudo consiste em corroborar a importância de se conhecer a família e o contexto em que se insere para melhorar a prática da Estratégia em Saúde da Família. A aplicação das ferramentas utilizadas serviu para compreender as particularidades dos membros que compõem a família, como eles se relacionam entre si e os papéis que exercem e como entendem o processo saúde doença. Além de apontar seus recursos financeiros e emocionais. Possibilitando conhecer os pontos fracos e carências, que podem ser corrigidos ou minimizados através de estratégia de intervenção que respeitem o estilo de vida e a singularidade de cada família.

Referências

1. Santos, KKF. *etal.* Ferramentas de abordagem familiar: uma experiência do cuidado multiprofissional no âmbito da estratégia saúde da família. RevUniv Vale do Rio Verde. 2015;13(2):377-87.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
3. Brasil, CHG. Ferramentas de acesso à família. Montes Claros: UNIMONTES. 2010.
4. Silva, JV. *et al.* Trabalhando Com Famílias: Utilizando Ferramentas. Rev APS. 2003; 6(2):77-86.
5. Moysés S, Silveira F. Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis. Rio de Janeiro: CEBES. 2002.
6. O'hara R, *et al.* Impact on caregiver burden of a patient-focused palliative care intervention for patients with advanced cancer. PalliatSupportCare. 2010 Dec;8(4):395-404.

IMPACTO DA SUPLEMENTAÇÃO DE CREATINA SOBRE A FUNÇÃO RENAL: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Michael Vinícius da Silva¹; Letícia Pereira Antunes; Juliana Andrade Pereira².

¹Graduado em Nutrição pela Faculdade de Saúde Ibituruna

¹Graduada em Nutrição pela Faculdade de Saúde Ibituruna

² Graduada em Enfermagem e Especialista em Urgência e Emergência pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas – Funorte, Especialista em Saúde da Família, Didática e Metodologia Científica do Ensino Superior pela Universidade estadual de Montes Claros- Unimontes, Mestrada pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri-UFVJM.

Autor para correspondência:

Michael Vinícius da Silva

E-mail: michael112131@live.com

RESUMO

Introdução: A creatina se popularizou pelo seu provável potencial em melhorar o desempenho em atividades de alta intensidade e curta duração. Entretanto, as dúvidas sobre os seus efeitos deletérios não estão totalmente elucidadas.² **Objetivos:** Analisar os possíveis efeitos e riscos da suplementação de creatina de ser prejudicial a função renal de diversas populações como: adultos, idosos e pessoas com doenças que os predis põe a alterações renais e também em diversas situações como sedentarismo, pessoas em treinamento de força e indivíduos em treinamento aeróbico, através de uma revisão sistemática da literatura. **Metodologia:** Foi realizada a análise de artigos originais e de revisão publicados em revistas nas bases de dados Scielo, PubMed, Redalyc e Google Scholar selecionando as publicações disponíveis entre 2008 a 2018 nas línguas portuguesa e inglesa com os seguintes descritores: *creatine and renal function*, *creatine for the elderly*, *creatine from tipo 2 diabetes*, creatina e função renal, creatina e idosos. Ostipos de artigos foram ensaios clínicos com humanos e revisões da literatura. Foram incluídos estudos com adultos e idosos de ambos os sexos, praticantes de atividade física e pacientes diagnosticados com diabetes tipo 2. **Conclusão:** Os resultados atestam a segurança da suplementação de creatina seguindo as doses recomendadas. Os estudos longitudinais indicam ausência de alterações na função renal em decorrência da suplementação de creatina mesmo em populações em que há o risco de alterações renais, como a população diabética. Mais estudos devem ser realizados no intuito de avaliar a segurança desse suplemento por populações de risco ou que já possuam alguma doença renal diagnosticada.

Palavras-chave: Creatina. Segurança suplementar. Função Renal.

Introdução

A creatina (ácido α -metil guanidina acético) é uma amina encontrada naturalmente no corpo humano. É sintetizada pelo fígado, pâncreas e rins, obtida através dos aminoácidos arginina, glicina e metionina. Grande parte da creatina (95%) se faz presença no tecido muscular esquelético, os outros 5% são divididos no coração, cérebro e testículos.⁴ Há uma produção endógena de 1g dessa substância, somado a 1g/dia em média para uma dieta onívora. A creatina é convertida espontaneamente a creatinina por reação não enzimática, sendo encontrada no corpo humano nas formas livres (60 a 70%) e fosforilada (30 a 40%).⁵ Diversos estudos começaram a investigar o efeito da suplementação de creatina no rendimento físico e esportivo, sendo demonstrado que a suplementação de (20g/dia por 5-7 dias) promove aumento de 20% nas concentrações de creatina

muscular. Os efeitos ergogênicos da suplementação da creatina em atividades intermitentes de alta intensidade e curta duração, como o treinamento de força bem retratados⁷. Nos anos 90, ela ganhou destaque como recurso ergogênico no esporte, ficando mundialmente reconhecida nas Olimpíadas de Barcelona de 1992, em provas de alta velocidade⁶. O impacto da suplementação de creatina na função renal é amplamente discutido na literatura científica. Enquanto alguns cientistas posicionam-se cuidadosamente quanto ao uso dessa substância, uma vez que estudos de caso têm sugerido efeitos deletérios à função renal, há pesquisadores que se baseiam em estudos longitudinais, que apesar de possuírem deficiências metodológicas, indicam segurança da suplementação dessa substância. Os trabalhos realizados com humanos têm sido extremamente criticados por apresentar ausência de randomização, ausência de marcadores padrão-ouro, variação nas dosagens do produto e baixo poder estatístico¹⁰. Dessa maneira, o objetivo desse estudo é analisar os possíveis efeitos e riscos da suplementação de creatina de ser prejudicial a função renal de diversas populações como: idosos, pessoas com doenças que os predispõe a alterações renais e em adultos, e também ne diversas situações como sedentarismo, pessoas em treinamento de força e indivíduos em treinamento aeróbio, através de uma revisão sistemática da literatura.

Metodologia

Trata-se de uma revisão de literatura integrativa. Foi realizada a análise de artigos originais e de revisão publicados em revistas nas bases de dados Scielo, e Pub MedRedalyce, selecionando as publicações disponíveis entre 2008 a 2018 nas línguas portuguesa e inglesa com os seguintes descritores: *creatineand renal function, creatine for theelderly, creatinefrom tipo 2 diabetes*, creatina e função renal, creatina e idosos. Ostipos de artigosforamensaios clínicos comhumanos e revisões da literatura. Foramincluídosestudos com adultos eidosos de ambos ossexos, praticantes de atividadefísica e pacientesdiagnosticados com diabetes tipo 2. Os estudos foram avaliados quanto ao local de estudo, forma química da creatina, randomização, método escolhido para avaliar a taxa de filtração glomerular e prováveis efeitos deletérios da suplementação de creatina sobre o risco de disfunção renal. Os resultados da busca foram rastreados por dois nutricionistas utilizando títulos de artigos e resumos.

Resultados e Discussão

Na literatura é mostrado relatos de caso que apontam para potenciais efeitos adversos da creatina em se tratando de prejuízo na função dos rins. Porém, tais publicações são estudos de caso retrospectivos, o que por si só não possibilitariam as tais generalizações especuladas pelos autores. Além disso, também deve ser observado que estes estudos apresentam falhas metodológicas na avaliação da função renal com marcadores não adequados para o propósito. Além do mais, é nítido o pouco detalhamento sobre as comorbidades e histórico clínico dos pacientes¹. É importante destacar também o intenso debate que envolve o tema, sendo que poucos estudos foram realizados com o objetivo de determinar se a suplementação de creatina prejudica a função renal em homens, utilizando-se marcador de função renal padrão-ouro. Mediante as dificuldades de se aplicar o clearance de inulina e perante a imprecisão de marcadores dependentes da creatinina, torna-se necessário a busca por métodos mais precisos. Uma das opções mais relevantes é a cistatina c, sendo ela uma proteína de baixo peso molecular, é espontaneamente absorvida pelo glomérulo e reabsorvidapelas células do túbulo proximal. A dosagem sérica dessa proteína tem sido sugerida como uma ótima medida de taxa de filtração glomerular. Além do mais, essa proteína não sofre influência de massa muscular e alimentação, como a creatinina⁵.

Enfatizando os efeitos não- deletérios da suplementação da creatina sobre a função renal Gualano et al⁵ verificaram em seus estudos,através do marcador cistatinac, que a suplementação de creatina em grandes dosagens(10g dia durante 3 meses) nãofoiprejudicialaos rins de indivíduos sedentários submetidos a treinamento aeróbio. Esses resultados, no entanto, não podem ser generalizados para

todas as populações, sendo que a amostra desse estudo apresentava um baixo consumo de proteínas na dieta, salientando que a maioria dos consumidores da creatina são indivíduos treinados em força e com alto consumo de proteínas.

Neto et al¹⁰ investigaram então, através de um estudo randomizado, duplo-cego e controlado por placebo os possíveis efeitos deletérios sobre a função renal da suplementação de creatina. No período de 12 a 24 semanas os sujeitos tiveram acompanhamento do consumo alimentar e foram suplementados com creatina num protocolo de carregamento 20g por 5 dias e manutenção, 5g até o final do estudo mais uma dieta hiperproteica. Os resultados mostraram ausência de alteração renal decorrente da suplementação de creatina em longo prazo, em praticantes de treinamento de força com consumo proteico acima das recomendações. Outro estudo que também avaliou os efeitos do treinamento de força em associação da suplementação de proteína com a creatina em pacientes idosos foi realizado com a duração de 16 semanas com dosagens de proteína acima do recomendado para idosos e não foi encontrado prejuízos sobre a função dos rins. Entretanto, mesmo a suplementação de creatina se mostrando segura para pessoas saudáveis, restava-se a incógnita sobre a possibilidade de ela não ser segura para indivíduos com risco aumentado para desenvolver doença renal ou pacientes com doença renal prévia. Visando essa possibilidade, Gualano et al⁶ pesquisaram os efeitos da suplementação de creatina em pacientes com Diabetes tipo 2, uma população propensa a desenvolver disfunção renal. Os pesquisadores identificaram utilizando o clearance de Cr-EDTA que 12 semanas de creatina não afetaram a taxa de filtração glomerular, nem mesmo outros marcadores de função renal como ureia, proteinúria e albuminúria. Em suma, na perspectiva de dúvidas em relação ao desse suplemento por mais de um ano pesquisadores constataram através de um estudo por 10 anos que a suplementação com creatina não ocasiona nenhuma alteração na taxa de filtração glomerular e alguns outros marcadores de função renal, possibilitando o entendimento de que o uso do suplemento é seguro mesmo quando usado por longos períodos⁷.

Conclusão

Os resultados atestam a segurança da suplementação de creatina seguindo as doses recomendadas. Os estudos longitudinais indicam ausência de alterações na função renal em decorrência da suplementação de creatina em diversas populações como: adultos, idosos e mesmo em populações em que há o risco de alterações renais, como a população diabética. Mais estudos devem ser realizados no intuito de avaliar a segurança desse suplemento por populações de risco ou que já possuam alguma doença renal diagnosticada.

Referências

1. Câmara LC; Dias RMR. Suplementação de creatina: efeitos ergogênicos e terapêuticos. Revista de Medicina. 2009; 88 (2): 94-102.
2. Carvalho, APF; Molina, GE; Fontana, E. Suplementação com creatina associada ao treinamento resistido não altera as funções renal e hepática. Revista Brasileira de Medicina do Esporte, v. 17, n. 4, p. 237-241, 2011.
3. Corrêa DA, Lopes CR. Efeitos da suplementação de creatina no treinamento de força. RBNE-Revista Brasileira de Nutrição Esportiva. 2014; 45(8).
4. De Oliveira, *etal*. Suplementação com creatina e treinamento de força: Uma Análise comparativa do tempo de ação de dois protocolos de utilização e seus efeitos na força, massa muscular e composição corporal. Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte, v. 15, n. 2, 2018.
5. Gualano *Bet al*. A suplementação de creatina prejudica a função renal? Revista Brasileira de Medicina do Esporte, v. 14, n. 1, p. 68-73, 2008.

6. Gualano B et al. *Creatine supplementation does not impair kidney function in type 2 diabetic patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled, clinical trial*. *Revista European journal of applied physiology*. 2011; 111(5): 749-756.
7. Gualano B et al. Efeitos da suplementação de creatina sobre força e hipertrofia muscular: atualizações. *Rev Bras Med Esporte*. 2010; 16(3): 219-223.
8. Gualano B et al. *Effects of creatine supplementation on renal function: a randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial*. *Europe najournal of applied physiology*. 2008; 103(1): 33-40.
9. Kim H et al. *Studies on the safety of creatine supplementation*. *Amino acids*. 2011; 40(5): 1409-1418.
10. Netto et al. Efeitos da suplementação de creatina sobre a função renal de praticantes de treinamento de força: um estudo randomizado, duplo-cego, controlado por placebo. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo (USP); 2013
11. Oliveira MV et al. Suplementação com creatina e treinamento de força: uma análise comparativa do tempo de ação de dois protocolos de utilização e seus efeitos na força, massa muscular e composição corporal. *Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte*. 2018; 15(2).

MIELOMA MÚLTIPLO: CLÍNICA, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO - REVISÃO DE LITERATURA

Virna Oliveira Rabelo¹; Marcella Oliveira Rabelo²; Fernando Ribeiro Amaral³; Daniel Filipe Oliveira Rabelo⁴; Luís Henrique Batista Silva⁵; Gianne Donato Costa Veloso⁶

¹ Graduando em Medicina –FUNORTE. Montes Claros, Minas Gerais, Brasil,

² Graduando em Medicina – Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES. Montes Claros, Minas Gerais

³ Graduando em Medicina – Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES. Montes Claros

⁴ Médico. Graduado em Medicina pela FUNORTE. Vínculo institucional com o Hospital do Câncer de Muriaé – Fundação Cristiano Varella.

⁵ Graduando em Medicina – FUNORTE. Montes Claros, Minas Gerais

⁶ Médica. Mestre em Medicina pela UFMG. Coordenadora do Serviço de Hematologia da Santa Casa de Montes Claros. Montes Claros, Minas Gerais

Autor para correspondência:
Virna Oliveira Rabelo
E-mail: virnarabelo@gmail.com

RESUMO

Introdução: O Mieloma Múltiplo é uma neoplasia progressiva de células B, caracterizada pela proliferação desregulada e clonal de plasmócitos na medula óssea, os quais produzem e secretam imunoglobulina monoclonal ou fragmento dessa, a proteína M. É discretamente mais frequente em homens, acima dos 50 anos e negros, sendo um diagnóstico importante a ser considerado em pessoas com idade mais avançada e quadro clínico característico. O critério obrigatório para o diagnóstico é a biópsia de medula óssea com mais de 10% de plasmócitos ou presença de plasmocitoma. **Objetivo:** Analisar os principais aspectos da doença, seu diagnóstico e tratamento. **Material e métodos:** Foram utilizados artigos provenientes das bases de dados Scielo, Portal Saúde Baseada em Evidências do Ministério da Saúde e CAPES e no site do Instituto Nacional de Câncer-INCA. Seis estudos pertinentes ao tema proposto por esta revisão foram selecionados. **Resultados e discussão:** O quadro clínico apresenta-se com múltiplas lesões osteolíticas, comprometimento da função da medula óssea e produção e liberação de proteína monoclonal na corrente sanguínea. Essas alterações causam alterações esqueléticas, anemia normocítica e normocrômica, insuficiência renal, infecções, trombocitopenia, amiloidose e plasmocitomas extramedulares. Plasmocitomas são histologicamente semelhantes ao Mieloma Múltiplo e podem ser ósseos ou de tecidos moles. Para confirmação do diagnóstico é necessário mais um critério além do obrigatório, como a presença de lesão de órgão alvo ou de algum biomarcador. O tratamento varia com o estadiamento do paciente, podendo consistir em acompanhamento periódico sem instituição de tratamento anti-neoplásico para os casos mais indolentes; poliquimioterapia e transplante de células tronco hematopoiéticas para os demais casos. **Conclusões:** O reconhecimento precoce de um quadro clínico sugestivo de Mieloma Múltiplo é de extrema importância, o que possibilita encaminhamento e diagnóstico mais rápido, além da melhora do prognóstico.

Palavras-chave: Mieloma Múltiplo. Diagnóstico. Tratamento.

Introdução

O Mieloma Múltiplo (MM) é uma neoplasia maligna hematopoiética, caracterizada por proliferação clonal de plasmócitos na medula óssea e destruição óssea extensa, gerando anemia, dores ósseas e fraturas (1) (2). O MM corresponde a cerca de 10% das neoplasias hematológicas, sua incidência é de 4:100.000. Apresenta como fatores de risco não modificáveis a idade acima de 50 anos de idade, o

sexo masculino e a raça negra. Embora seja uma doença típica do idoso, 3% dos pacientes têm idade inferior a 40 anos. (2) (3). Essa revisão de literatura tem por objetivo analisar os principais aspectos da doença, seu diagnóstico e tratamento, considerando o impacto que essa neoplasia tem sobre a vida dos pacientes acometidos. Sendo assim, é necessário um estudo sobre este tema para auxiliar os profissionais de saúde no diagnóstico precoce e, assim, permitir um tratamento adequado e um prognóstico melhor para esses pacientes.

Material e métodos

A sistemática de levantamento utilizada foi baseada em artigos nas bases de dados Scielo (através do descritor “Multiple Myeloma”), Portal Saúde Baseada em Evidências do Ministério da Saúde e CAPES (através do descritor “Multiple Myeloma”) e no site do Instituto Nacional de Câncer-INCA. Foram selecionados seis estudos pertinentes ao tema proposto por esta revisão.

Resultados e discussão

O Mieloma é uma doença clonal de plasmócitos, que se caracteriza pela presença de 10% ou mais de plasmocitose medular, proteína M no soro e na urina, hipercalcemia, insuficiência renal, anemia ou lesões ósseas relacionadas com a neoplasia (2) (3).

O acometimento ósseo pelo Mieloma Múltiplo é característico da doença, com lesões líticas, pois há aumento da atividade osteoclástica e diminuição da osteoblástica. Por isso, os exames a serem pedidos são Raio X, Tomografia Computadorizada, Ressonância Nuclear Magnética, PET-scan. A cintilografia óssea não detecta as lesões pela inibição da atividade osteoblástica, bem como a fosfatase alcalina não se eleva pelo mesmo motivo. Anemia normocítica e normocrômica- principalmente devido ocupação medular pelos plasmócitos e diminuição da eritropoetina consequente da lesão renal-, Hipercalcemia, Infecções recorrentes- devido disfunção dos plasmócitos e linfócitos-, Hiperviscosidade- principalmente quando fração IgM aumentada, gerando sangramento, síndrome neurológica isquêmica, visão turva, dentre outros sintomas-, Perda ponderal, Plasmocitomas extra-medulares, Compressão medular por fratura patológica ou plasmocitoma, e mais raramente, infiltração de outros órgãos (1)(3)(6).

Diante desse quadro clínico vasto, o diagnóstico é confirmado por critérios diagnósticos que foram modificados em 2014. Estão expressos a seguir (5):

- Critério Obrigatório: Plasmocitose Medular maior ou igual a 10% e/ou plasmocitoma comprovado por biópsia. Além desse critério obrigatório, é necessário pelo menos mais um dos demais critérios.
- Presença de alguma lesão de órgão-alvo, como hipercalcemia, anemia, insuficiência renal e lesões ósseas líticas.
- Presença de algum biomarcador, como plasmocitose medular maior ou igual a 60%, dosagem de cadeias leves livres no soro com relação cadeias envolvidas/cadeias não envolvidas maior ou igual a 100, presença de mais de uma lesão focal vista por Ressonância Nuclear Magnética.

Existe uma forma de doença diferente do Mieloma clássico. É a Síndrome de POEMS, sendo uma condição muito rara e com fisiopatologia pouco conhecida. As iniciais mostram as características mais presentes na síndrome, que são a Polineuropatia, Organomegalia, Endocrinopatia, Proteína M no soro e/ou na urina identificada na eletroforese de proteínas, lesões cutâneas ou *skin changes*- que cursam com lesões ósseas osteoescleróticas com importante componente blástico(1).

As opções terapêuticas dependem do estadiamento (o mais usado no Brasil é o da *International Staging System*—ISS—com três estádios baseados nos níveis séricos de beta-2 microglobulina e albumina) e prognóstico da doença do paciente. Hoje se faz a avaliação citogenética através do cariótipo ou FISH. O cariótipo pode detectar o cromossomo 13 ou hipodiploidia e o FISH translocações (4,14), (4,16) ou deleção do 17p13. A presença de um desses marcadores genéticos traduz alto risco (2).

Com base nisso, o tratamento de cada paciente será individualizado, podendo ser desde acompanhamento para os casos mais indolentes ao transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH), autólogo ou alogênico. Plasmocitoma solitário normalmente é tratado com Radioterapia. Em pacientes com baixa carga tumoral, plasmocitose medular inferior a 60%, pode ser abordado com imunomodulatório (Talidomida) e Bifosfonado, para retardar a progressão da doença. No Mieloma Sintomático os pacientes devem receber a terapia antineoplásica ao diagnóstico, com poliquimioterapia ou TCTH para os doentes elegíveis (indicações: idade inferior a 75 anos, bilirrubina direta até 2,0 mg/dL, creatinina sérica até 2,5 mg/dL ou em diálise crônica estável, capacidade funcional e função cardíaca preservadas). Já o melfalan é o mais utilizado na síndrome de POEMS (1) (4) (5). Embora a sobrevida dos pacientes com Mieloma Múltiplo (MM) tenha melhorado, quase todos eventualmente recaem. A duração da remissão no MM recidivante diminui a cada terapia instituída. Se a recaída ocorrer fora da terapia, vários meses ou anos após a interrupção da terapia, é razoável readministrar o mesmo esquema que foi inicialmente efetivo. Segundo, se os pacientes são elegíveis para o transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH), e se tiveram um excelente resultado com um TCTH anterior ou nunca tiveram um TCTH, é importante considerar o transplante como uma opção precoce de salvamento. Terceiro, a agressividade do regime escolhido é proporcional à agressividade da recaída (5).

Conclusões

O mais importante para o profissional não especialista é reconhecer precocemente um quadro clínico sugestivo de Mieloma Múltiplo, sobretudo em pacientes idosos com dor óssea e anemia a esclarecer. A suspeita precoce permite um encaminhamento e diagnóstico mais rápido, influenciando diretamente na sobrevida do paciente (6). Para o profissional especialista, faz-se primordial instituir o tratamento mais adequado considerando as peculiaridades de cada paciente.

Referências

1. Ministério da Saúde. Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas – Mieloma Múltiplo. Brasília: 2015.
2. Todaro J et al. Transplante autólogo em mieloma múltiplo: experiência de um serviço brasileiro em 15 anos de seguimento. *einstein* (São Paulo). 01/abr/2011;9(2 Pt 1):119-23.
3. Maganhoto Ana Paula da Silva, Correia Sara, Pasquarelli Neto Roberto Ivo. Plasmocitoma intraocular e infiltração uveal em paciente portadora de mieloma múltiplo. *Rev. bras. oftalmol.* [Internet]. 2018 Feb [cited 2018 Aug 26]; 77(1): 43-46. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-2802018000100043&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7280.20180009>.
4. Kerbauy Lucila Nassif, Parmar Simrit, Kutner José Mauro, Gusmão Breno Moreno de, Hamerschlak Nelson. Hematological approaches to multiple myeloma: trends from a Brazilian subset of hematologists. A cross-sectional study. *Sao Paulo Med. J.* [Internet]. 2016 Aug

[cited 2018 Aug 26]; 134(4):335-341. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-1802016000400335&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-3180.2015.0223030416>.

5. Rajkumar S. Vicent. Myeloma today: disease definitions and treatment advances. *AmHematol* 2016; 91: 90-100.

6. Silva Roberta O. Paula e, Brandão Kamilla M. A., Pinto Paula V. M., Faria Rosa M. D., Clementino Nelma C. D., Silva Cristiane M. F. et al. Mieloma múltiplo: características clínicas e laboratoriais ao diagnóstico e estudo prognóstico. *Rev. Bras.Hematol.Hemoter.* [Internet]. 2009 Apr [cited 2018 Aug 26]; 31(2):63-68. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-4842009000200005&lng=en. Epub Apr 10, 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-84842009005000013>

O BRINCAR COMO INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA PARA O DESENVOLVIMENTO DA FALA E LINGUAGEM EM CRIANÇAS COM TEA

Gilda de Cássia Souza Lopes¹; Darley Luiz Gomes Ribeiro²; Laura Rocha da Silva³; Edna Gomes da Silva⁴

¹ Acadêmica do curso de Fonoaudiologia FASI-FUNORTE

² Acadêmico do curso de Fonoaudiologia FASI-FUNORTE

³ Acadêmica do curso de Fonoaudiologia FASI-FUNORTE

⁴ Fonoaudióloga FASI-FUNORTE

Autor para correspondência:
Gilda de Cássia Souza Lopes
E-mail: gildacassia17@yahoo.com.br

RESUMO

Introdução: O TEA (Transtorno do Espectro Autista) é um distúrbio do neurodesenvolvimento, caracterizado por dificuldades significativas na comunicação e na interação social, além de interesses restritos, fixos, intensos e comportamentos repetitivos. O autismo pode surgir nos primeiros meses de vida, mas, em geral, os sintomas tornam-se aparentes por volta da idade de três anos ⁽¹⁾. Geralmente, meninos são mais acometidos pelo transtorno em relação às meninas. As pessoas que apresentam esse transtorno possui comprometimento na linguagem. Esta geralmente é caracterizada por atrasos significativos e/ou ausência total no desenvolvimento, necessitando de atuações fonoaudiológicas. Desse modo, é relevante a identificação e a prática de várias propostas de intervenção terapêuticas a serem utilizadas durante a estimulação através do lúdico. O brincar da criança autista é restrito e muito peculiar, necessitam de estimulações que possam proporcionar brincadeiras organizadas, pois através destas é possível a ampliação de vocabulário, o desenvolvimento simbólico, além de favorecer a intenção comunicativa. **Objetivo:** Com a preocupação pela busca de atividades adequadas, que possam ajudar no desenvolvimento das habilidades comunicativas, o presente trabalho tem como objetivo apresentar a importância do brincar como intervenção terapêutica para o desenvolvimento da fala e linguagem em crianças com TEA. **Material e Métodos:** O presente trabalho desenvolvido por acadêmicos e profissionais da área fonoaudiológica, é caracterizado como pesquisa de revisão de literatura. Sendo utilizados livros e artigos voltados para o tema, buscando definir o TEA e as possibilidades da utilização do brincar como recurso terapêutico. **Resultados e Discussão:** É através da brincadeira que podemos construir a linguagem da criança, primeiro observando sua exploração lúdica espontânea e, depois, incentivando-a para outras formas de brincar e compartilhar atenção e situações ⁽²⁾. Sendo assim, é de suma importância utilizar a brincadeira como recurso para trabalhar com crianças que tem TEA. A brincadeira é uma ferramenta que irá atrair e chamar atenção dessas crianças, despertando o interesse pelas atividades que o fonoaudiólogo irá desenvolver, contribuindo para o aumento do vocabulário e funções comunicativas. **Conclusão:** Concluímos que é possível melhorar significativamente o desenvolvimento da linguagem em todos os seus aspectos, utilizando recursos prazerosos e capazes de promover melhor desempenho no processo das habilidades linguísticas. **Palavras-Chave:** Intervenção. Transtorno do Espectro Autista. Brincar. Linguagem.

Referências:

1-Cunha, Eugênio. Autismo e inclusão: psicopedagogia práticas educativas na escola e na família. 6ª ed. Rio de Janeiro: Wak Ed; 2015.

2-Perissinoto, Jacy. Conhecimentos essenciais para atender bem as crianças com autismo. São José dos Campos: Pulso; 2003.

PROPEDÊUTICA NA INFERTILIDADE CONJUGAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Allan Fabrício Alves¹; Ana Flávia Dias Novato¹; Ana Gabriela Benfica ¹; Emanuely Canária Torres¹; Matheus Felipe Silveira Miranda¹; Thalita Coelho Antunes Ribeiro¹;

¹Acadêmicos do curso médico das Faculdades Unidas do Norte de Minas.

Autor para correspondência:
Allan Fabrício Alves
Email: allanfabriciojhete@hotmail.com.br

RESUMO

Introdução: Ausência de concepção após pelo menos 01 ano de relações sexuais desprotegidas e regulares caracteriza o quadro de infertilidade conjugal¹. As principais causas femininas de infertilidade são distúrbios anovulatórios e tubo/peritoneais¹. **Objetivo:** Apresentar a propedêutica básica diante da infertilidade conjugal. **Metodologia:** O trabalho foi desenvolvido por estudo exploratório através de pesquisa bibliográfica. A primeira etapa foi seguida de leitura exploratória, seletiva e registro das informações extraídas seguida de análise e interpretação dos resultados para seguinte elaboração da discussão. **Resultados E Discussão:** Abreviar a propedêutica básica de forma racional, individualizada e investigativa, baseada na história do casal e nos novos e promissores arsenais diagnósticos e terapêuticos, torna-se o mais importante passo em direção ao sucesso proposto³. Na propedêutica relacionada à investigação dos fatores ovulatórios, observa-se que as desordens neste quesito correspondem a cerca de 20-30% dos casos de infertilidade³. São também de grande importância os sangramentos intermenstruais que podem ser oriundos de declínio dos níveis estrogênicos, bem como adenomiose, pólipos endometriais, produção anormal de androgênios, hipotireoidismo e hiperprolactinemia^{2,3}. Na avaliação do fator tubo/peritoneal são comuns aderências peritubulares e periováricas relacionadas a DIP, aborto séptico, cirurgia pélvica ou abdominal e indicam pesquisa da permeabilidade tubária e estado da cavidade pélvica^{2,3}. Histerossalpingografia, histerossonografia e laparotomia são auxiliares na investigação. A avaliação masculina baseia-se basicamente no espermograma¹. **Conclusão:** Através deste trabalho pode-se apresentar a propedêutica básica diante da infertilidade conjugal, indicar as principais causas e considerar a infertilidade conjugal como um processo de doença e como tal deve ser investigada e tratada.

Palavras chave: Infertilidade. Casal infértil. Propedêutica.

Referências

- 1.Freitas F, Passos EP, Magno V, Vigo FM, Trombetta FM, Montenegro IS, et all. Rotinas em Ginecologia. 6ª ed. Porto Alegre, Artmed; 2011. p. 692-698.
- 2.Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Brasília – DF; 2013. nº 26.
- 3.Cançado ML, Amaral MC, Cota AM, Avelar CC. Propedêutica do Casal Infértil. In: Manual de Ginecologia e Obstetrícia – SOGIMIG. 5ª ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2012. p 203-20.

QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE SUBMETIDO AO TCTH: PARADOXO ENTRE RISCOS E BENEFÍCIOS

Myllena Batista Ribeiro¹; Luís Gustavo Soares Rodrigues²; Luciana Xavier Prado³; Cláudia Heloísa Santos Santana⁴; Livia Teixeira Chaves Pinto⁵; Tânia de Cássia Moreira Soares⁶

¹Discente do 5º período de Medicina das Faculdades Unidas do Norte de Minas-FUNORTE

²Discente do 5º período de Medicina das Faculdades Unidas do Norte de Minas-FUNORTE

³Discente do 5º período de Medicina das Faculdades Unidas do Norte de Minas-FUNORTE

⁴Discente do 5º período curso de Medicina das Faculdades Unidas do Norte de Minas-FUNORTE

⁵Discente do 5º período curso de Medicina das Faculdades Unidas do Norte de Minas-FUNORTE

⁶Graduação em Medicina pela Fundação Norte Mineira de Ensino Superior/Unimontes, Mestrado pela UNIFESP e Doutorado pela Unimontes

Autor para correspondência:

Myllena Batista Ribeiro

E-mail: myllenabriereiro@gmail.com

RESUMO

Introdução: O transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) é o tratamento empregado em casos de deficiência medular não sanada mediante terapias convencionais. Pode ser dividido em três fases: pré-transplante, transplante propriamente dito e pós-transplante, cada qual com fatores que interferem na qualidade de vida dos indivíduos submetidos a esse procedimento. **Objetivo:** realizar uma revisão de literatura sobre a qualidade de vida em indivíduos submetidos ao transplante de medula óssea, expondo os riscos e benefícios desta terapêutica. **Material e Métodos:** revisão bibliográfica desenvolvida entre julho e agosto de 2018 mediante artigos disponíveis na base de dados *BVSsalud*, selecionados a partir dos descritores transplante de medula óssea e qualidade de vida. **Resultados e Discussão:** os principais pontos negativos do TCTH são: imunossupressão induzida (predispondo o paciente a infecções oportunistas e à necessidade de isolamento, acarretando em irritabilidade e tédio), ansiedade, fadiga, dispneia, dor, náuseas, vômitos, alterações no sono, no apetite e na visão, além de problemas de fertilidade. Os benefícios do processo são, além de a possibilidade de cura, a expectativa da recuperação, o esforço de produzir novas experiências e o prazer em viver. **Conclusão:** cada estágio terapêutico do TCTH pode acarretar e/ou acentuar a deterioração do bem-estar do paciente, porém, a possibilidade de mudança do curso clínico de sua doença, a ressignificação da vida e o ganho de papéis justificam o uso da terapêutica.

Palavras-chave: Transplante de medula óssea. Qualidade de vida. Benefícios.

Introdução

Situada no interior dos ossos, a medula é o tecido responsável pela hematopoese.¹ Quando esta função encontra-se deficiente por motivo de doenças hematológicas, neoplásicas, hereditárias e imunológicas¹⁻⁶ e associada a terapias convencionais realizadas sem êxito, torna-se, pois, necessária a realização do TCTH, também designado transplante da medula óssea.^{1,2,4-6} Esta modalidade terapêutica compreende a destruição da medula óssea deficiente por meio de altas doses de quimioterapia e/ou radioterapia, seguida da transferência de células progenitoras sadias, visando à substituição do tecido comprometido^{1-3,5}. Quanto às células transplantadas, podem ser provenientes do próprio paciente, de seu gêmeo univitelino (caso o possua) ou de indivíduo compatível, correspondendo, respectivamente, a transplante autólogo, singênico e alogênico.²⁻⁴ Segundo a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), no Brasil, somente durante o primeiro

semestre de 2016, foram realizados 976 transplantes, dentre os quais 64,2% foram autólogos e 35,8% alogênicos.² O TCTH é dividido em três estágios: pré-transplante, transplante propriamente dito e pós-transplante, cada qual com suas repercussões clínicas^{2;4-6}. Considerando-se a complexidade e os inúmeros efeitos do procedimento, a qualidade de vida (QV) - valores vividos pelo indivíduo com relação a suas expectativas, objetivos e preocupações - do paciente submetido ao TCTH é alterada sob diversos aspectos.² Nesse âmbito, também é modificada a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), conceito de caráter multidimensional que integra a compreensão do indivíduo acerca da saúde física, psíquica e de sua satisfação social, considerando-se o ambiente cultural no qual está inserido.¹ Desta maneira, o presente trabalho tem como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre a qualidade de vida em indivíduos submetidos ao transplante de medula óssea, expondo os riscos e benefícios desta terapêutica.

Metodologia

Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada entre julho e agosto de 2018. As informações foram obtidas por meio de artigos científicos publicados na base de dados *BVSaúde*, selecionados a partir dos descritores transplante de medula óssea e qualidade de vida. Foram elegidos os artigos de pesquisas em seres humanos, na língua portuguesa e no período de 2009 a 2018. Por se tratar de uma revisão de literatura, não foi necessário submeter o estudo à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados e Discussão

Mediante o estudo realizado, foram obtidos seis estudos sobre a qualidade de vida em transplantados de medula óssea e as principais mudanças ocorridas no paciente em cada fase do procedimento. A fase pré-TCTH compreende o período em que o paciente recebe o acompanhamento ambulatorial até o processo de internação,⁶ isto é, caracteriza-se pelo período pré-admissional, em que serão realizadas avaliações pela equipe multidisciplinar.^{1,5} Abrange a seleção do indivíduo receptor e doador, a modalidade de transplante apropriada, a realização de exames para reconhecer a condição clínica do paciente, bem como a resolução de processos burocráticos que envolvem esta terapia.² Os efeitos adversos proporcionados por esta fase são evidentes imediatamente após o conhecimento do diagnóstico, sobretudo, quando há confirmação de doenças neoplásicas, em vista da sua associação à dor, ao sofrimento, à deterioração e à sensação de morte iminente.⁶ Associada a isto, o sujeito selecionado para o transplante se encontra diante de patologias que não se mostraram responsivas e resolutivas com tratamentos convencionais previamente aplicados, trazendo já consigo um sentimento de insegurança, angústia e incerteza acumulativas após tentativas frustradas de cura.^{3,4} Nessa perspectiva, passa a existir o conflito interior frente à tomada de decisão pela realização ou não do transplante, além das dúvidas acerca das doenças e do tratamento.¹ Ressalta-se, ainda, a sensação de desamparo e desespero, também notáveis no paciente, condições que prejudicam substancialmente seus aspectos físicos e emocionais mesmo antes da realização do TCTH propriamente dito.⁴ Apesar do temor perante prováveis complicações do procedimento^{1,5} em vista da negligência da relação médico-paciente e do não uso de linguagem acessível e compreensível² que facilite o entendimento das informações, muitos pacientes sentem esperança diante de uma nova modalidade terapêutica. Além de depositarem no TCTH uma possibilidade de mudança do curso clínico de sua doença, com melhora de sua qualidade de vida e possibilidade de cura, nutrem, mesmo diante das adversidades, a expectativa de sua possível recuperação.¹ Durante o TCTH propriamente dito, os pacientes são submetidos a um processo de isolamento protetor para o recebimento da quimioterapia que induz à imunossupressão enquanto aguardam a infusão da nova medula até o momento da alta hospitalar. Neste período, encontram-se expostos a adquirirem infecções oportunistas e a desenvolverem reações de adaptação como ansiedade, irritabilidade e tédio. O paciente que vivencia essa situação sofre com a ausência da família, com o medo de falecer e a

incerteza quanto ao futuro, somando-se a isso a constante ameaça de ocorrerem complicações, como a Doença do Enxerto Contra o Hospedeiro (DECH). A essas alterações, adiciona-se a desorientação acarretada pela ruptura da vida cotidiana, os efeitos colaterais dos quimioterápicos e mudanças profundas na autoimagem.¹ Atribui-se ao período de internação os piores índices gerais de qualidade de vida, havendo uma melhora progressiva e considerável a partir do estágio pós-TCTH imediato e tardio, na medida em que recuperam o convívio familiar e comunitário. Mesmo com todo distanciamento físico necessário, os familiares e amigos podem se fazer “presentes” a partir das redes sociais, constatando-se a importância dessas para o bem-estar emocional dos indivíduos em tratamento.¹ Embora os pacientes estejam suscetíveis a sérios riscos com o TCTH, desde a perda da integridade física até o risco de morte, o procedimento torna-se uma oportunidade de recuperação da saúde e do bem-estar físico, social, psicológico e espiritual.^{1,2,5} Além das alterações citadas nas fases anteriores, também ocorrem modificações na QVRS no período pós-TCTH.⁵ Este subdivide-se em duas fases: imediato (até 100 dias depois do procedimento) e tardio (após esse marco, compreendendo a alta hospitalar e o início do seguimento ambulatorial).^{4,6} No período pós-TCTH imediato, o bem-estar físico é o principal prejudicado em decorrência das mudanças inerentes à terapêutica. Nesse sentido, observam-se manifestações como fadiga, dispneia, mucosite, dor, náusea, vômito, distúrbios do sono, variações no apetite e na visão, ruídos auditivos e problemas de fertilidade. No âmbito psicológico, por sua vez, podem estar presentes aspectos negativos, como ansiedade, depressão, medo de recidiva, alterações cognitivas e modificações de prioridades, mas também positivos. O estudo realizado por Alves *et al.* (2012),⁵ constatou que os pacientes submetidos ao procedimento adequaram-se aos estressores, tornando-se aptos a superar os desafios intrínsecos desse estágio.⁵ No que tange ao bem-estar social, apesar do regresso das atividades laborais e estudantis, assim como preocupações com a execução de papéis e a aparência, os indivíduos podem despertar anseios associados ao convívio interpessoal, desempenho sexual e aos encargos financeiros. Concomitantemente, há o esforço de produzir experiências que ainda não foram visadas nem efetuadas. Tratando-se do bem-estar espiritual, por sua vez, são evidenciadas modificações nos quesitos religiosidade e aspirações existenciais, ressaltando a esperança, a perspectiva de vida e a paz interior. Quanto ao período pós-TCTH tardio, segundo os estudos selecionados, há uma melhora progressiva do estado de saúde com recuperação do sistema autoimune, permitindo suspender medicações imunossupressoras e reduzir as limitações clínicas.⁵ Por conseguinte, o paciente retorna a sua residência, almejando o resgate de suas atividades cotidianas. Ademais, Dias *et al.* (2012) em estudo controlado, demonstraram que indivíduos submetidos ao transplante não somente perderam papéis - em particular o de trabalhador e estudante - mas também angariaram novas funções, tais como as de voluntário, tarefas domésticas, cuidador, religioso e integrante de organizações. Vale salientar ainda que, nesta mesma pesquisa, constatou-se que as perdas de papéis não se limitaram às pessoas submetidas ao TCTH, estando também presentes de modo similar no grupo controle do estudo.⁴

Conclusão

Dado o exposto, constata-se que a submissão do paciente ao TCTH o predispõe a riscos de infecções oportunistas, à necessidade de isolamento, à irritabilidade e ao tédio, além de acarretar ansiedade, fadiga, dispneia, dores, náuseas, vômitos e distúrbios de sono, alimentares, visuais e de fertilidade. O resultado de todos esses fatores é a ocorrência e/ou agravamento da deterioração do bem-estar físico, psicológico, existencial e social do indivíduo. Diante disso, ressalta-se que a tecnologia, por meio das redes sociais, pode ser de grande relevância para a minimização do isolamento a qual o paciente precisa ser submetido, contribuindo para que as repercussões do processo cirúrgico não sejam tão intensas. Apesar dos fatores negativos relatados, a possibilidade de cura, a melhora progressiva das condições clínicas (principalmente depois do pós-tardio), a ressignificação da vida e o ganho de papéis mostram-se fatores positivos que justificam o uso da terapêutica. Além disso, evidenciou-se que perdas funcionais são sim acentuadas pelo transplante, porém, podem ser inerentes a ele. Ademais,

é de fundamental importância a presença de uma equipe de saúde multidisciplinar capacitada a oferecer um ambiente repleto de confiança e acolhimento, ressaltando a figura do médico, protagonista na execução de uma relação eficaz e pautada em linguagem acessível e instrutiva. Dessa forma, tornar o sujeito ativo em seu processo de saúde-doença, expondo os riscos aos quais está exposto, porém dispondo de todos os mecanismos possíveis para a sua reabilitação, repercute no ajustamento deste indivíduo às adversidades inerentes à terapia disponível e o torna melhor preparado para enfrentá-las.

Referências

1. Matias AB; Oliveira-CEA; Mastropietro AP; Vortarelli JC; Santos MA. Qualidade de vida e transplante de células-tronco hematopoéticasalogenico: um estudo longitudinal. Estudos de Psicologia. V. 8; n 2; p 187-197; abr-jun, 2011.
2. Braga M; Cardoso AL; Schio B; Leal FZ; Mielke J; Mastropietro AP et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoéticas. Saúde (Santa Maria). V. 43; n 1; p 233-243; jan-abr, 2017.
3. Andrade AM; Castro EAB; Santos KB; Soares TC. A vida após o transplante de medula óssea: implicações para o cotidiano. CogitareEnferm. V. 12; n 2; p 290-296; abr-jun, 2012.
4. Dias VN; Mastropietro AP; Oliveira CEA; Carlo MMRP. Transplante de células-tronco hematopoéticas – um estudo controlado sobre papéis ocupacionais. Cad. Ter. Ocup. UFSCar. V. 20; n 2; p 165-171; 2012.
5. Alves B; Oliveira CEA; MastropietroAP; VortarelliJC; Santos MA. Transplante de células-tronco hematopoéticas e qualidade de vida após alta hospitalar. Psicologia Saúde & Doenças. V. 13; n 1; p 87-99; mar, 2011.
6. OliveiraCEA; Mastropietro AP; VortarelliJC; Santos MA. Qualidade de vida de sobreviventes do Transplante de Medula Óssea (TMO): um estudo prospectivo. Psicologia: Teoria e Pesquisa. V. 25; n 4; p 621-628; out-dez, 2009.

REVISÃO DE LITERATURA ACERCA DE MIELOMA MÚLTIPLO

Virna Oliveira Rabelo¹; Marcella Oliveira Rabelo²; Fernando Ribeiro Amaral³; Daniel Filipe Oliveira Rabelo⁴; Luís Henrique Batista Silva⁵; Gianne Donato Costa Veloso⁶

¹ Graduando em Medicina – FUNORTE. Montes Claros, Minas Gerais

² Graduando em Medicina – Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES. Montes Claros, Minas Gerais

³ Graduando em Medicina – Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES. Montes Claros, Minas Gerais

⁴ Médico. Graduando em Medicina pela FUNORTE. Vínculo institucional com o Hospital do Câncer de Muriaé – Fundação Cristiano Varella

⁵ Graduando em Medicina – FUNORTE. Montes Claros, Minas Gerais

⁶ Médica. Mestre em Medicina pela UFMG. Coordenadora do Serviço de Hematologia da Santa Casa de Montes Claros. Montes Claros, Minas Gerais

Autor para correspondência:
Virna Oliveira Rabelo
E-mail: virnarabelo@gmail.com

RESUMO

Introdução: O Mieloma Múltiplo é uma neoplasia progressiva de células B, caracterizada pela proliferação desregulada e clonal de plasmócitos na medula óssea, os quais produzem e secretam imunoglobulina monoclonal ou fragmento dessa, a proteína M. É discretamente mais frequente em homens, acima dos 50 anos e negros, sendo um diagnóstico importante a ser considerado em pessoas com idade mais avançada e quadro clínico característico. O critério obrigatório para o diagnóstico é a biópsia de medula óssea com mais de 10% de plasmócitos ou presença de plasmocitoma. **Objetivo:** Analisar os principais aspectos da doença, seu diagnóstico e tratamento. **Material e métodos:** Foram utilizados artigos provenientes das bases de dados Scielo, Portal Saúde Baseada em Evidências do Ministério da Saúde e CAPES e no site do Instituto Nacional de Câncer-INCA. Seis estudos pertinentes ao tema proposto por esta revisão foram selecionados. **Resultados e discussão:** O quadro clínico apresenta-se com múltiplas lesões osteolíticas, comprometimento da função da medula óssea e produção e liberação de proteína monoclonal na corrente sanguínea. Essas alterações causam alterações esqueléticas, anemia normocítica e normocrômica, insuficiência renal, infecções, trombocitopenia, amiloidose e plasmocitomas extramedulares. Plasmocitomas são histologicamente semelhantes ao Mieloma Múltiplo e podem ser ósseos ou de tecidos moles. Para confirmação do diagnóstico é necessário mais um critério além do obrigatório, como a presença de lesão de órgão alvo ou de algum biomarcador. O tratamento varia com o estadiamento do paciente, podendo consistir em acompanhamento periódico sem instituição de tratamento anti-neoplásico para os casos mais indolentes; poliquimioterapia e transplante de células tronco hematopoiéticas para os demais casos. **Conclusões:** O reconhecimento precoce de um quadro clínico sugestivo de Mieloma Múltiplo é de extrema importância, o que possibilita encaminhamento e diagnóstico mais rápido, além da melhora do prognóstico.

Palavras-chave: Mieloma Múltiplo. Diagnóstico. Tratamento.

Introdução

O Mieloma Múltiplo (MM) é uma neoplasia maligna hematopoiética, caracterizada por proliferação clonal de plasmócitos na medula óssea e destruição óssea extensa, gerando anemia, dores ósseas e fraturas (1) (2). O MM corresponde a cerca de 10% das neoplasias hematológicas, sua incidência é de 4:100.000. Apresenta como fatores de risco não modificáveis a idade acima de 50 anos de idade, o

sexo masculino e a raça negra. Embora seja uma doença típica do idoso, 3% dos pacientes têm idade inferior a 40 anos. (2) (3). Essa revisão de literatura tem por objetivo analisar os principais aspectos da doença, seu diagnóstico e tratamento, considerando o impacto que essa neoplasia tem sobre a vida dos pacientes acometidos. Sendo assim, é necessário um estudo sobre este tema para auxiliar os profissionais de saúde no diagnóstico precoce e, assim, permitir um tratamento adequado e um prognóstico melhor para esses pacientes.

Material e métodos

A sistemática de levantamento utilizada foi baseada em artigos nas bases de dados Scielo (através do descritor “Multiple Myeloma”), Portal Saúde Baseada em Evidências do Ministério da Saúde e CAPES (através do descritor “Multiple Myeloma”) e no site do Instituto Nacional de Câncer-INCA. Foram selecionados seis estudos pertinentes ao tema proposto por esta revisão.

Resultados e discussão

O Mieloma é uma doença clonal de plasmócitos, que se caracteriza pela presença de 10% ou mais de plasmocitose medular, proteína M no soro e na urina, hipercalcemia, insuficiência renal, anemia ou lesões ósseas relacionadas com a neoplasia (2) (3).

O acometimento ósseo pelo Mieloma Múltiplo é característico da doença, com lesões líticas, pois há aumento da atividade osteoclástica e diminuição da osteoblástica. Por isso, os exames a serem pedidos são Raio X, Tomografia Computadorizada, Ressonância Nuclear Magnética, PET-scan. Anemia normocítica e normocrômica- principalmente devido ocupação medular pelos plasmócitos e diminuição da eritropoetina consequente da lesão renal-, Hipercalcemia, Infecções recorrentes- devido disfunção dos plasmócitos e linfócitos-, Hiperviscosidade- principalmente quando fração IgM aumentada, gerando sangramento, síndrome neurológica isquêmica, visão turva, dentre outros sintomas-, Perda ponderal, Plasmocitomas extra-medulares, Compressão medular por fratura patológica ou plasmocitoma, e mais raramente, infiltração de outros órgãos (1)(3)(6).

Diante desse quadro clínico vasto, o diagnóstico é confirmado por critérios diagnósticos que foram modificados em 2014. Estão expressos a seguir (5):

- Critério Obrigatório: Plasmocitose Medular maior ou igual a 10% e/ou plasmocitoma comprovado por biópsia. Além desse critério obrigatório, é necessário pelo menos mais um dos demais critérios.
- Presença de alguma lesão de órgão-alvo, como hipercalcemia, anemia, insuficiência renal e lesões ósseas líticas.
- Presença de algum biomarcador, como plasmocitose medular maior ou igual a 60%, dosagem de cadeias leves livres no soro com relação cadeias envolvidas/cadeias não envolvidas maior ou igual a 100, presença de mais de uma lesão focal vista por Ressonância Nuclear Magnética. Existe uma forma de doença diferente do Mieloma clássico. É a Síndrome de POEMS, sendo uma condição muito rara e com fisiopatologia pouco conhecida. As iniciais mostram as características mais presentes na síndrome, que são a Polineuropatia, Organomegalia, Endocrinopatia, Proteína M no soro e/ou na urina identificada na eletroforese de proteínas, lesões cutâneas ou *skin changes*- que cursam com lesões ósseas osteoescleróticas com importante componente blástico(1). As opções terapêuticas dependem do estadiamento (o mais usado no Brasil é o da *International Staging System*–ISS–com três estádios baseados nos níveis séricos de beta-2 microglobulina e albumina) e prognóstico da doença do paciente. Hoje se faz a avaliação citogenética através do cariótipo ou FISH. O cariótipo pode detectar o cromossomo 13 ou hipodiploidia e o FISH translocações (4,14), (4,16) ou deleção do 17p13. A presença de um desses marcadores genéticos traduz alto risco (2). Com base nisso, o tratamento de cada paciente será individualizado, podendo ser

desde acompanhamento para os casos mais indolentes ao transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH), autólogo ou alogênico. Plasmocitoma solitário normalmente é tratado com Radioterapia. Em pacientes com baixa carga tumoral, plasmocitose medular inferior a 60%, pode ser abordado com imunomodulatório (Talidomida) e Bifosfonado, para retardar a progressão da doença. No Mieloma Sintomático os pacientes devem receber a terapia antineoplásica ao diagnóstico, com poliquimioterapia ou TCTH para os doentes elegíveis (indicações: idade inferior a 75 anos, bilirrubina direta até 2,0 mg/dL, creatinina sérica até 2,5 mg/dL ou em diálise crônica estável, capacidade funcional e função cardíaca preservadas). Já o melfalan é o mais utilizado na síndrome de POEMS (1) (4) (5). Embora a sobrevida dos pacientes com Mieloma Múltiplo (MM) tenha melhorado, quase todos eventualmente recaem. A duração da remissão no MM recidivante diminui a cada terapia instituída. Se a recaída ocorrer fora da terapia, vários meses ou anos após a interrupção da terapia, é razoável readministrar o mesmo esquema que foi inicialmente efetivo. Segundo, se os pacientes são elegíveis para o transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH), e se tiveram um excelente resultado com um TCTH anterior ou nunca tiveram um TCTH, é importante considerar o transplante como uma opção precoce de salvamento. Terceiro, a agressividade do regime escolhido é proporcional à agressividade da recaída (5).

Conclusões

O mais importante para o profissional não especialista é reconhecer precocemente um quadro clínico sugestivo de Mieloma Múltiplo, sobretudo em pacientes idosos com dor óssea e anemia a esclarecer. A suspeita precoce permite um encaminhamento e diagnóstico mais rápido, influenciando diretamente na sobrevida do paciente (6). Para o profissional especialista, faz-se primordial instituir o tratamento mais adequado considerando as peculiaridades de cada paciente.

Referências

1. Ministério da Saúde. Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas – Mieloma Múltiplo. Brasília: 2015.
2. Todaro J et al. Transplante autólogo em mieloma múltiplo: experiência de um serviço brasileiro em 15 anos de seguimento. *einstein* (São Paulo). 01/abr/2011;9(2 Pt 1):119-23.
3. Maganhoto Ana Paula da Silva, Correia Sara, Pasquarelli Neto Roberto Ivo. Plasmocitoma intraocular e infiltração uveal em paciente portadora de mieloma múltiplo. *Rev. bras. oftalmol.* [Internet]. 2018 Feb [cited 2018 Aug 26]; 77(1): 43-46. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-2802018000100043&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7280.20180009>.
4. Kerbauy Lucila Nassif, Parmar Simrit, Kutner José Mauro, Gusmão Breno Moreno de, Hamerschlak Nelson. Hematological approaches to multiple myeloma: trends from a Brazilian subset of hematologists. A cross-sectional study. *Sao Paulo Med. J.* [Internet]. 2016 Aug [cited 2018 Aug 26]; 134(4):335-341. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-1802016000400335&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-3180.2015.0223030416>.
- 5; Rajkumar S. Vicent. Myeloma today: disease definitions and treatment advances. *Am Hematol* 2016; 91: 90-100.

6.Silva Roberta O. Paula e, Brandão Kamilla M. A., Pinto Paula V. M., Faria Rosa M. D., Clementino Nelma C. D., Silva Cristiane M. F. et al. Mieloma múltiplo: características clínicas e laboratoriais ao diagnóstico e estudo prognóstico. Rev. Bras.Hematol.Hemoter. [Internet]. 2009 Apr [cited 2018 Aug 26]; 31(2):63-68. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-4842009000200005&lng=en. Epub Apr 10, 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-84842009005000013>.

TUBERCULOSE: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA ASSOCIADA À RESISTÊNCIA AOS TUBERCULOSTÁTICOS

Antônio Ricardo Rabahi¹; Fernanda Mota Lacerda¹

¹Acadêmicos do Curso de Graduação em Medicina das Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE), Montes Claros (MG), Brasil.

Autor para correspondência:
Antônio Ricardo Rabahi
E-mail: antonio_rabahi@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa de transmissão principalmente aérea. Indivíduos sadios ao inalarem gotículas contendo o bacilo da tuberculose tendem a desenvolver a infecção e posteriormente a doença. Entretanto, vê-se o surgimento de cepas multirresistentes *M. tuberculosis*, o que é apontado como problema de saúde pública, mostrando-se um grande desafio para a eliminação da TB em todo mundo. **Objetivo:** este trabalho visou realizar uma revisão de literatura para analisar o impacto da atual situação da tuberculose no Brasil, bem como analisar o controle sobre o surgimento da tuberculose multirresistente (TBMDR). **Material e Métodos:** utilizou-se as bases de dados PubMed, Scielo, Research Gate e BVSalud, com os seguintes descritores: “Tuberculose”, “Resistência à tuberculostáticos”, “Perfil epidemiológico da tuberculose”. **Conclusão:** mesmo após avanços no diagnóstico e tratamento, a TB ainda é uma doença de alta relevância no Brasil. Sendo assim, o conhecimento de fatores associados à resistência aos tuberculostáticos e o uso de medidas que impeçam o surgimento da TBMDR são essenciais para o controle dessa doença.

Palavras-chave: Tuberculose. Epidemiologia. Tuberculostáticos. Resistência.

Introdução

A Tuberculose (TB) é uma doença de grande relevância no que concerne à saúde da população brasileira, visto que se trata de uma doença infectocontagiosa grave. Seu agente etiológico, cuja descoberta se deu em 1822, é o *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecido como bacilo de Koch. Ela é transmitida, principalmente, pela via aérea por meio de gotículas salivares contendo o bacilo, do doente, em fase pulmonar. Acrescido a isso se tem a necessidade do comprometimento do sistema imune do indivíduo. Dentre as causas que levam a uma suscetibilidade maior, pode-se citar: AIDS, desnutrição, etilismo, diabetes, idade avançada e uso de medicações imunodepressoras¹. O padrão ouro para diagnóstico de TB é a baciloscopia de escarro, permitindo detectar de 60% a 80% dos casos de TB pulmonar. Além disso, na suspeita clínica de TB pulmonar a radiografia de tórax; deve ser solicitada como exclusão de doença pulmonar associada¹. Contudo, apesar de todos os avanços no diagnóstico e tratamento, a TB permanece como uma das principais doenças infectocontagiosas que acometem a humanidade. O Brasil ocupa a 18ª posição do grupo dos 22 países de alta carga tuberculocitária, priorizados pela OMS².

Vários fatores podem dificultar a resolução desse problema, dentre eles, recebe destaque o desenvolvimento de resistência aos tuberculostáticos, que pode estar associado à seleção inapropriada

do esquema terapêutico, ao desconhecimento de um tratamento anterior, à ignorância sobre a importância de esquemas padronizados e, aos erros de conduta, como a prescrição de um único fármaco para o tratamento da TB². Sendo assim, este trabalho tem como finalidade analisar os fatores que contribuem para o surgimento dessa resistência, tendo em vista sua importância como principal fator que contribui para a estagnação do perfil epidemiológico da tuberculose no Brasil, além de relacionar com medidas que possam contribuir para a resolução desse quadro.

Metodologia

O presente estudo consiste em uma revisão de literatura, tendo como eixo analítico a discussão acerca da atual situação da tuberculose no Brasil. Foram acessados, nos meses de julho e agosto de 2018, as bases de dados PubMed, Scielo, Research Gate e BVSalud, sendo utilizados, em inglês e português, os seguintes descritores na busca de estudos: “Tuberculose”, “Resistencia à tuberculostaticos”, “Perfil epidemiológico da tuberculose”. Foram incluídos o total de cinco artigos com informações referentes à epidemiologia, fisiopatologia, correlações clínicas e resistência associada à TB. Ademais, os critérios de exclusão se resumem em estudos relacionados ao estudo, mas indisponíveis para leitura na íntegra.

Discussão

A tuberculose é uma doença infecciosa grave, porém com altos índices de cura. Preconiza-se o uso de Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol na primeira fase do tratamento durante dois meses, seguidos de Rifampicina e Isoniazida durante quatro meses, mantendo dessa forma o regime de curta duração de 6 meses. A prescrição incorreta, baixa aderência dos pacientes ao tratamento e o uso indevido dos medicamentos preconizados, são fatores que favorecem a seleção de cepas resistentes do bacilo *M. tuberculosis*⁴. O surgimento de cepas multirresistentes *M. tuberculosis* é apontado como problema de saúde pública. A OMS em 2012 estimou que 3,5% de casos novos e 20,5% dos casos já tratado para TB anteriormente tem tuberculose multirresistente (TBMDR). A TBMDR é definida como a resistência *in vitro* à no mínimo dois dos fármacos de primeira linha e os mais eficientes no tratamento da doença, rifampicina (R) e isoniazida (I)³. Além disso, a resistência micobacteriana ainda pode ser classificada em primária ou adquirida. A primária se deve a uma população bacilar primariamente resistente a algum fármaco bacteriostático, tendo o indivíduo nunca feito uso de um fármaco antituberculose, e sendo infectado por uma cepa já resistente, presumidamente transmitida por um caso de resistência adquirida. A adquirida surge em uma população bacilar inicialmente sensível a determinados fármacos antituberculose, mas que posteriormente ao tratamento passou por um processo de seleção, evidenciando as mais resistentes a determinado fármaco⁴. Essas mutações frequentemente estão associadas à perda da atividade de catalaseperoxidase, que é importante no metabolismo do bacilo. Esta enzima também ativa a isoniazida endogenamente, produzindo radicais reativos de oxigênio e radicais orgânicos que inibem a formação de ácidos micólicos da parede bacilar e produzem dano no DNA³.

Conclusão

Mesmo após avanços em seu diagnóstico e tratamento, a TB ainda se trata de uma patologia de grande relevância no Brasil. Desse modo, medidas que impeçam a seleção de cepas multirresistentes e, conseqüentemente, o surgimento da TBMDR, como a conscientização dos doentes sobre os malefícios da incorreta aderência ao tratamento e capacitação dos profissionais para um melhor atendimento a essas pessoas são necessárias para o controle da tuberculose no país. Associado à isso,

outras medidas como a ampliação e aprimoramento de técnicas de diagnóstico podem contribuir para um controle mais efetivo dessa doença.

Referencias

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2015. Geneva: WHO; 2015.
2. De Jesus, R. (2016). Resistência aos Tuberculostáticos em uma prisão no sul do Brasil, 2013-2015. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
2. Souza Márcia Beatriz de, Antunes Carlos Maurício de Figueiredo, Garcia Guilherme Freire. Perfil de sensibilidade e fatores de risco associados à resistência do *Mycobacterium tuberculosis*, em centro de referência de doenças infecto-contagiosas de Minas Gerais. *J. bras.pneumol.* 2006 Oct [cited 2018 Aug 26] ; 32(5): 430-437. Tratamento da Tuberculose- Marcelo Fouad Rabahi
3. Rabahi Marcelo Fouad, et al. Tratamento da tuberculose. *J. bras.pneumol.* [Internet]. 2017 Dic [citado 2018 Ago 26] ; 43(6): 472-486.
4. Rossetti, Maria Lúcia Rosa et al. Tuberculose resistente: revisão molecular. *Rev. Saúde Pública*, Ago 2002, vol.36, no.4, p.525-532. ISSN 0034-8910.

TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA PARA MÃO CAÍDA

Aurea Fernanda Rocha Fraga¹; Anne Júnea Barbosa Lopes²; Fernanda Cerqueira Moraes Bezerra³; Marcelo José da Silva Magalhães⁴; Amanda Maciel Vieira⁵; Bárbara Ataíde Caldeira⁶

¹ Graduando em Medicina pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas – FUNORTE

² Graduando em Medicina pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas – FUNORTE

³ Graduando em Medicina pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas – FUNORTE

⁴ Graduação em Medicina pela Universidade Estadual de Montes Claros. Neurocirurgia, Cirurgia de Nervos Periféricos, Mestrado em Tecnologia da Informação Aplicada Biologia Computacional, Membro da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia, Sociedade Brasileira de Anatomia, Sociedade Brasileira de doenças cerebrovasculares e Liga Brasileira de Epilepsia

⁵ Graduando em Medicina pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas – FUNORTE

⁶ Graduando em Medicina pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas – FUNORTE

Autor para correspondência:
Aurea Fernanda Rocha Fraga
E-mail: fernandagbi@msn.com

RESUMO

Introdução: As lesões do nervo radial ocorrem com uma incidência que varia entre 2 a 17%, sendo a causa mais comum no adulto a fratura de úmero. A transferência miotendinosa é uma técnica cirúrgica que está sendo utilizada nas lesões do nervo radial que culminam com a mão caída. Esta promove inserção de uma unidade musculotendínea funcionante, a fim de restaurar o movimento e função⁽¹⁾. A avaliação do paciente com lesão do radial se inicia pela identificação do funcionamento dos músculos grande dorsal e deltóide, para que seja descartada lesão do tronco posterior do plexo braquial. Se a lesão for abaixo deste nível, pode comprometer o tronco do nervo radial, e se ocorrer junto ao epicôndilo lateral do úmero, pode comprometer o ramo superficial ou profundo e ramo interósseo posterior. As opções de reparo das lesões do nervo são técnicas microcirúrgicas de neurorrafia e enxertia de nervo. Quanto mais precoce for o reparo, melhor o prognóstico e nos casos em que houve falha ou mais de 15 meses do trauma são realizadas as transferências tendíneas⁽²⁾. **Objetivo:** Descrever a técnica de transferência miotendinosa nas lesões do nervo radial com a mão caída, bem como discutir os resultados já obtidos com o uso desta técnica. **Material e Métodos:** O presente resumo literário é um estudo descritivo, realizado a partir de artigos publicados em revistas internacionais e nacionais sobre o assunto, indexados nas seguintes bases de dados: Medline, PubMed, Scielo, Lilacs e Bireme. **Resultados e Discussão:** Uma das técnicas utilizadas atualmente para restaurar o equilíbrio de uma mão com perda da função muscular é a transferência miotendinosa. No caso de paralisia devido a nervos dissociados, a sua reparação geralmente pode restaurar algum músculo útil e função sensorial e, portanto, deve preceder transferências de tendão. Para que a cirurgia de transposição tendinosa seja bem sucedida o cirurgião deve ter um conhecimento anatômico e fisiológico do membro superior. Além de deter conhecimento sobre a técnica cirúrgica, bem como compreender a alteração que o procedimento provoca na informação cerebral do paciente em relação à movimentação do músculo⁽³⁾. **Conclusão:** Nesse estudo, observou-se a importância do reconhecimento de lesão do nervo radial, pois pode causar prejuízo da extensão do cotovelo, punho e da função preensora da mão, podendo gerar a “mão caída”. Existem três técnicas muito utilizadas para correção de tal lesão, a neurorrafia, indicada para casos recentes, o enxerto de nervo, usada em casos crônicos, sem melhora espontânea e a transferência miotendinosa para lesões do nervo radial elevado. Os resultados são bons, e se associado com programa de reabilitação e em crianças, são ainda melhores.

Palavras – chave: Transferência miotendinosa. Mão caída. Lesão nervo radial.

Referências:

1.Sumner DM; Chung KC. Tendon Transfers Part: Principles of Transfer and Transfers for Radial Nerve Palsy. *PlastReconstrSurg.* 123 (5): 169e-177e; may 2009.

2.Batista KT; Araújo HJ; Araújo EA. Resultados do reparo cirúrgico tardio das lesões traumáticas do nervo radial. *Rev. Bras. Cir. Plást;* 25(3): 458-64458, 2005. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-51752010000300010&lang=pt. Acesso em 01/12/17.

3.Franciosi LFN. et al. Transposições tendinosas e terapia de mão: novos resultados. *ACM arq.catarin.med* ; 36 (supl.1): 26-28. 2007. Disponível em <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-509560>. Acesso em 26/12/2017.

TRATAMENTO DA PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA (PTI): UMA REVISÃO DE LITERATURA

Raphaela Toledo Alkimim¹; Bianca Nadine Santos²; Victor de Assis Almeida Queiroz³; Laura Ramos Borém Guimarães⁴; Renata Alves Jabbur⁵.

¹Acadêmica de Medicina – FUNORTE

²Acadêmica de Medicina – FUNORTE

³Acadêmico de Medicina – FUNORTE

⁴Acadêmica de Medicina – FUNORTE

⁵Acadêmica de Medicina – FUNORTE

Autor para correspondência:
Raphaela Toledo Alkimim
E-mail: rapha.alkimim@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A púrpura trombocitopênica idiopática (PTI) é um distúrbio autoimunológico caracterizado pela baixa contagem de plaquetas circulantes, devido à destruição de plaquetas por autoanticorpos. Pode ser classificada em primária e secundária. O diagnóstico de PTI é feito quando há presença de trombocitopenia isolada com um número menor que 100.000 plaquetas/mm³ e ausência de outras condições clínicas que cursam com a diminuição de plaquetas. Possui três linhas de tratamento mais utilizadas. **Objetivo:** Estabelecer as terapêuticas mais atuais e relevantes para a PTI. **Material e Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo através de uma revisão bibliográfica de caráter científico. **Conclusão:** O tratamento principal tem como base corticoesteroides, imunoglobulinas e psicoterapia, sendo o último um tratamento de apoio.

Palavras – chave: Púrpura, Púrpura trombocitopênica idiopática. Tratamento farmacológico.

Introdução

A púrpura trombocitopênica idiopática (PTI), também conhecida como imune ou isoimune é um distúrbio autoimunológico caracterizado pela baixa contagem plaquetária circulante, decorrente da destruição de plaquetas sensibilizadas por autoanticorpos antiplaquetários do sistema retículo endotelial^(1,2). Possui causa desconhecida, apesar de haver estudos que apontam relação com fatores genéticas, hormonais e deficiência de vitamina C⁽³⁾. Pode ser classificada em primária- relacionado à ausência de distúrbios adjacentes- e secundária - quando uma doença de base é identificada. Nesta última, a PTI acontece de forma simultânea ao distúrbio subjacente, como o Lúpus Eritomatoso Sistêmico (LES), HIV, leucemia e linfomas; sendo esse subtipo mais comum em adultos. Outra forma de classificação é em aguda – quando se resolve em um período de até 6 meses- e crônica, quando ultrapassa esse prazo e há persistência de plaquetopenia grave inferior a 50.000/mm³. Em crianças, a PTI aguda é mais comum, sendo 80% dos casos totais e, na maioria das vezes, autolimitada e decorrente de alguma infecção prévia, principalmente de origem viral^(1,2). Atinge mais o sexo feminino em idade fértil – 15 aos 50 anos- com uma incidência de 16,55 mulheres em um total de 100.000 pessoas⁽³⁾. O hemograma completo é o primeiro exame indicado para a detecção da púrpura, a fim de verificar o número reduzido de plaquetas. O diagnóstico de PTI é feito quando houver presença de trombocitopenia isolada, menor que 100.000 plaquetas/mm³ e ausência de outras condições clínicas como leucemias, LES, HIV, pré eclampsia e trombocitopenias secundária a drogas^(3,2). A parte mais importante para a conclusão de um hemograma completo é o esfregaço de

sangue periférico para observar se há presença de células sanguíneas displásicas⁽²⁾. Existem 3 linhas de tratamento envolvendo corticoesteroides, imunoglobulinas, cirurgia de retirada de baço, outras drogas usadas em casos refratários e psicoterapia^(4,5).

Metodologia

Trata-se de um estudo bibliográfico descritivo feito através de uma revisão integrativa, com levantamento de dados disponíveis na literatura para compará-los e aprofundar o conhecimento do tema investigado. Os dados utilizados foram obtidos através de pesquisa feita nas bases de dados: Pubmed, Scielo e Google Acadêmico. Foram encontrados além de artigos científicos, teses e protocolos do Ministério da Saúde que englobam o tema. O levantamento do material ocorreu entre junho e julho de 2018. Foram utilizados como critérios de inclusão trabalhos que continham dados relevantes sobre o tratamento da PTI publicados entre 2013 e 2018, texto completo e nos idiomas português e inglês. Como exclusão, os critérios aplicados foram trabalhos em duplicidade e que não continham informações sobre o tema central. Foram encontrados 15 trabalhos. Após leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 8 trabalhos, sendo estes revisões sistemáticas. Nas buscas foram utilizados os seguintes descritores: púrpura trombocitopênica idiopática, pti, itp, treatment for immune thrombocytopenic purpura.

Resultados e discussão

A PTI em adultos se diferencia da forma infantil, pois 90% dos casos evoluem para a forma crônica. Pacientes com plaquetopenia leve a moderada (acima de 30.000-50.000 plaquetas/mm³) e assintomática tendem a ter curso benigno sem necessidade de tratamento. Assim, a farmacologia é indicada apenas para pacientes com trombocitopenia grave (abaixo de 20.000 plaquetas/mm³) ou aqueles com sangramento associados a trombocitopenia (abaixo de 50.000 plaquetas/mm³)⁽²⁾. A maioria das crianças que se recuperam completamente de um quadro agudo de PTI independem da realização de qualquer tratamento^(1,2).

Os corticoesteroides são a primeira linha de tratamento tanto para adultos como crianças, com eficácia de 50-80% dos casos. Normalmente é utilizada a prednisona oral pelo mínimo de tempo possível para evitar os demais efeitos do uso prolongado como o aumento do risco de infecções além de propiciar outras doenças malignas como tumores de órgãos sólidos e leucemias^(1,3). A pulsoterapia geralmente é utilizada em momentos de surtos da doença. Durante a pulsoterapia pode haver sudoreses, hipertensão, euforia, sensação de medo e taquicardia⁽³⁾. Os seus efeitos adversos incluem alterações do comportamento, distúrbios do sono, aumento do apetite e ganho de peso. Estão indicados no tratamento inicial de crianças com sangramentos sem repercussão clínica significativa, como petéquias, purpura, epistaxe e gengivorragia leve. Já em adultos, são indicados em casos de plaquetopenia grave abaixo de 20.000 plaquetas/mm³ assintomática ou com sangramentos sem repercussão clínica significativa como petéquias, púrpura, epistaxe, gengivorragia leve⁽²⁾.

A imunoglobulina intravenosa (IgIV) é preparada a partir de vários plasmas de doadores com anticorpos normalmente presentes no sangue adulto. Sua ação na PTI ocorre com o bloqueio dos receptores Fc de células do sistema retículo endotelial levando ao aumento da contagem de plaquetas. Está indicada para sangramentos volumosos com maior repercussão clínica da mucosa ou sangramentos digestórios e urinários, para emergências em pacientes que não respondem bem aos esteroides ou pré-procedimentos cirúrgicos, já que promove o aumento de plaquetas mais rapidamente^(1,2,3). Os efeitos adversos mais comuns incluem náuseas, vômitos, cefaleia, febre e neutropenia. O custo é alto e o caráter invasivo^(1,2).

As imunoglobulinas anti-D possuem eficiência melhor em pacientes que possuam Rh positivos e que não tenham sido submetidos a esplenectomia. Ocorre uma reação hemolítica leve e um aumento da

contagem de plaquetas⁽¹⁾. Segundo o Protocolo e Diretrizes Terapêuticas de PTI do Ministério da Saúde⁽²⁾ o seu uso não é recomendado por não haver evidências de vantagens clínicas significativas. Caso haja falha com o uso de corticoesteroides e imunoglobulina humana, a esplenectomia entra como segunda linha de tratamento. A retirada ocorre devido o baço ser o principal local de destruição de plaquetas, e conter cerca de 25% da massa linfóide envolvida na produção de anticorpos. Tornou-se um procedimento comum, principalmente para adultos com PTI que não respondem às terapias farmacológicas. A esplenectomia laparoscópica é a melhor opção por diminuir riscos de infecções e tempo de internação⁽³⁾. Visto que o risco de morte pelos sintomas da PTI em crianças seja muito baixa, o uso desse tratamento nelas é indicado apenas para sintomas hemorrágicos graves^(1,2). Pacientes sem o baço ficam propensos à infecções bacterianas fulminantes, principalmente pneumocócicas. Assim, indica-se a vacinação no pré operatório⁽³⁾.

Embora alguns pacientes considerados refratários respondam bem ao tratamento de primeira linha, o seu uso crônico os deixa expostos à efeitos colaterais que prejudicam a qualidade de vida⁽¹⁾. Para a PTI refratária é indicado iniciar o uso de azatioprina ou ciclofosfamida. Caso haja falha terapêutica, trocar o medicamento pela opção não utilizada. Se ambos falharem, usar danazol, exceto em crianças e adolescentes devido ao risco de virilização. A vimcristina é a opção caso haja falha no uso de todos os demais agentes⁽²⁾.

Novas terapias estão em estudo com o objetivo de diminuir os efeitos colaterais trazidos pelas drogas de primeira linha e evitar o caráter invasivo da esplenectomia. O rituximabe, por exemplo, atua eliminando células B circulantes, tendo a capacidade de esgotar a produção de autoanticorpos^(1,3). O eltrombopag é um estimulador da trombopoietina e se mostrou eficaz na elevação de plaquetas e na redução de sangramentos em pacientes previamente tratados com pelo menos uma linha de tratamento, porém o medicamento está associado a tromboembolia venosa e sua segurança ainda é desconhecida. O romiplostim demonstrou diminuição de sangramentos, da necessidade de transfusão e esplenectomia em pacientes adultos⁽²⁾. Porém segundo a CONITEC⁽⁴⁾, não existe diferença significativa para eventos hemorrágicos do romiplostim em comparação às alternativas já disponíveis. A auto-hemoterapia é um tratamento não farmacológico que consiste na retirada de 5 a 20 ml de sangue por via endovenosa da região antecubital do braço e a imediata injeção deste sangue no músculo deltoide ou glúteo do mesmo paciente a cada 7 dias, a fim de obter uma resposta do sistema imunológico. Contudo não é aceita em meio científico, uma vez que pode levar a grave reação de hipersensibilidade tipo IV⁽⁶⁾.

Fatores estressores psicossociais desregulam o sistema imunológico fazendo com que ele atue descontroladamente, levando ao aumento de risco de doenças, principalmente autoimunes. Uma pesquisa realizada em 2016 com paciente diagnosticados com PTI com a comorbidade da clínica psiquiátrica de transtorno de ansiedade, apontou diminuição na contagem de plaquetas no exame seguinte a um evento estressor. Assim ver-se a importância da terapia cognitiva comportamental principalmente nesses pacientes⁽⁵⁾.

Conclusão

A partir da pesquisa realizada, pode-se concluir que o tratamento da PTI tem como base os corticoesteroides e as imunoglobulinas. Os corticoesteroides são primeira linha de tratamento para adultos e crianças, através de uso oral, como a prednisona, assim como a pulsoterapia. As imunoglobulinas geralmente estão indicadas para sangramentos volumosos com maior repercussão clínica. Já a esplenectomia é uma opção para pacientes que não respondem aos medicamentos de base ou nos casos refratários, sendo uma segunda linha de tratamento. Além disso, nos casos refratários, há estudos que demonstram uma eficácia para o uso de azatioprina, ciclofosfamida, danazol e vimcristina. Novas medicações, como o rituximabe, o eltrombopag e o romiplostim, não apresentaram grandes avanços, uma vez que não há diferença na eficácia do tratamento diante das drogas já utilizadas, não sendo, portanto, recomendados pelo Ministério da Saúde.

Além disso, concluiu-se que fatores estressores podem desencadear plaquetopenia. Isso aponta a importância da psicoterapia, contribuindo no entendimento do paciente sobre sua doença e a lidar com o trauma, prevenindo os potenciais efeitos nefastos sobre a saúde física e psicológica.

Referência

- 1.Silva FL. Diagnóstico e tratamento de púrpura trombocitopenia imune: uma revisão literária [monografia]. João Pessoa: Curso de Farmácia – Universidade Federal da Paraíba (UFPB); 2014.
- 2.Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da púrpura trombocitopênicaidiopática.; p 481-505; dez. 2013. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-purpura-tromboc-idiopatica-livro-2013.pdf>
- 3.Augusto KMM, Sá JL, Braz BM, Barbosa TA, Pascarelli BMO. Púrpura trombocitopênica idiopática. *Corpus et Scientia*. V. 11; n 2; p. 69-78-78; jul./dez. 2015.
- 4.Brasil. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Uso do romiplostim para o tratamento da púrpura trombocitopênica idiopática (PTI) crônica e refratária em alto risco de sangramento. Relatório para a sociedade n. 88; abr. 2018. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2018/Sociedade/ReSoc88_ROMIPLOSTIN_purpura_tromb_idiopatica_PTI.pdf
- 5.Silva TF. Terapia cognitivo-comportamental em pacientes com púrpura idiopática. *Rev. Bras, de Ter. Comp. Cogn*. V.18; n 3; p 58-69; 2016.
- 6.Junior LCB, Silva LOS, Batista FCQ. Auto-Hemoterapia: uma revisão da literatura. *Medicina (Ribeirao Preto. Online)* [Internet]. 2015 Dec [citado 2018 Jul 18]; 48(4): 386-391. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/108156>. <http://dx.doi.org/10.1>.

USO DE ÁLCOOL, TABACO E DROGAS ILÍCITAS ENTRE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS BRASILEIROS

Johne Filipe Oliveira de Freitas¹; Mariane Silveira Barbosa²; Bárbara Freitas Almeida³

¹Acadêmico de Medicina; Faculdades Unidas do Norte de Minas- Funorte,

²Psiquiatra; Faculdades Unidas do Norte de Minas- Funorte,

³Acadêmica de Medicina; Faculdades Unidas do Norte de Minas- Funorte

Autor para correspondência:
Johne Filipe Oliveira de Freitas
E-mail: johneoliver@hotmail.com

RESUMO

Introdução: O ingresso no ensino superior ocasiona mudanças na rotina e uma percepção diferente da qualidade de vida, moldada por novas experiências e sentimentos ⁽¹⁾. Entretanto, é justamente no período universitário que os jovens ficam mais vulneráveis ao consumo de drogas lícitas e ilícitas pela facilidade de acesso e forma de exposição ⁽²⁾. **Objetivo:** Verificar a produção científica acerca do consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas por estudantes universitários no Brasil. **Material e Métodos:** Foi realizada uma revisão sistemática da literatura na base eletrônica Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme) com os descritores: Álcool (AND) Drogas ilícitas (AND) Tabaco (AND) Estudantes universitários (AND) Brasil. Os critérios de inclusão foram artigos publicados entre 2008 e 2017 em português. Teses, monografias, artigos em duplicidade e aqueles que divergem do tema central foram excluídos. Seis trabalhos ficaram na seleção final. **Resultados e Discussão:** O uso de drogas lícitas e ilícitas por universitários é discutido extensivamente por autores nacionais e internacionais ⁽³⁾. Não bastasse o consumo excessivo de álcool ser considerado um problema de saúde pública, é a droga lícita mais consumida no meio acadêmico ^(2, 3, 4, 5, 6). Outra substância lícita que tem seu uso difundido é o tabaco, mas drogas ilícitas também têm se mostrado motivo de preocupação por seu consumo entre estudantes do ensino superior e pelo início da experimentação cada vez mais precoce, dentre elas têm-se: maconha, estimulantes, cocaína, inalantes, sedativos, alucinógenos e opioides ^(3, 6). É válido destacar que o consumo de drogas pode se dar pelo uso de múltiplas drogas, associando classes de substâncias ⁽⁴⁾. Isso é preocupante, visto que nessa população há maior vulnerabilidade para início de consumo e manutenção, porquanto a oferta e exibição são mais intensas ⁽⁶⁾. Sabe-se que a experimentação de substâncias pode ser motivada por diversos fatores; tais como os incentivos sociais, o aumento dos afetos positivos ou a redução dos afetos negativos ⁽³⁾. As consequências do uso de substâncias psicoativas podem ser acidentes automobilísticos, violência, prejuízos acadêmicos, comportamento sexual de risco, diminuição da percepção e estresse ⁽⁵⁾. **Conclusão:** As drogas ilícitas são de fácil acesso e o uso abusivo é relativamente comum entre os universitários brasileiros. Todavia, percebe-se também um consumo expressivo de substâncias ilícitas, e com isso, entende-se como crucial voltar a atenção para a população acadêmica a fim de promover ações de prevenção primária e secundária em instituições de ensino superior.

Palavras-chave: Álcool. Drogas ilícitas. Tabaco. Estudantes universitários. Brasil.

Referências

1. Damasceno RO, Boery RNSO, Ribeiro IJS, Anjos KF, Santos VC, Boery EM. Uso de álcool, tabaco e outras drogas e qualidade de vida de estudantes universitários. *Rev. baiana enferm* 2016; 30(3): 1-10.
2. Freitas MA, Araújo DV, Andrade FB, Luvodico, MRGL, Costa CCM. Perfil dos estudantes de uma instituição de ensino superior quanto ao uso de álcool e outras drogas. *Rev. Ciênc. Plur* 2015; 1(2): 29-36.
3. Medeiros SB, Rediess SV, Hauck Filho N, Martins MIM, Mazoni CG. Prevalência do uso de drogas entre acadêmicos de uma universidade particular do sul do Brasil. *Aletheia* 2012 dez; (38/39): 81-93.
4. Nóbrega MPSS, Simich L, Strike C, Brands B, Giesbrecht N, Khenti A. Policonsumo simultâneo de drogas entre estudantes de graduação da área de ciências da saúde de uma universidade: implicações de gênero, sociais e legais, Santo André – Brasil. *Texto & contexto enferm* 2012; 21(spe): 25-33.
5. Wagner GA, Andrade AG. Uso de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes universitários brasileiros: [revisão]. *Rev. psiquiatr. clín. (São Paulo)* 2008; 35 (supl.1): 48-54.
6. Tockus D, Gonçalves PS. Detecção do uso de drogas de abuso por estudantes de medicina de uma universidade privada. *J Bras Psiquiatr* 2008; 57(3): 184-187.