

REVISTA GOIANA DE MEDICINA



Órgão Oficial da Associação Médica de Goiás, Faculdade de
Medicina da UFG e Academia Goiana de Medicina

Vol. 48 • Nº 02 • Setembro de 2015

ISSN: 00349585

A INFLUÊNCIA DA PERCEPÇÃO E AFETOS MATERNOS
NO CUIDADO NUTRICIONAL DA CRIANÇA

ACHADOS LAPAROSCÓPICOS DAS PACIENTES
COM DOR PÉLVICA CRÔNICA

A VISITA DOMICILIAR COMO RECURSO DE
METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA POPULAÇÃO GOIANA INTERNADA POR
GLAUCOMA NO SISTEMA PRIVADO E PÚBLICO ENTRE OS ANOS 2008 E 2012

DISTRIBUIÇÃO DA MORTALIDADE POR CÂNCER DE COLO DE
ÚTERO NA REGIÃO CENTRO-OESTE DE 1991 A 2012

PREVALÊNCIA DE PÓLIPOS EM HISTEROSCOPIAS AMBULATORIAIS

SÍNDROME DE BLEFAROFIMOSE EM MÃE E SEUS FILHOS
GÊMEOS FRATERNOS: RELATO DE CASO

NOVO SITE SICOOB UNICENTRO BRASILEIRA

MAIS MODERNO E COMPLETO



Anunciamos que o novo site de nossa cooperativa já está no ar. Mais moderno e inovador, o projeto foi planejado de forma a facilitar a navegação e apresentar, de uma maneira mais clara e eficaz a nossa cooperativa bem como nossos produtos e serviços.

Acesse e conheça o novo site:
www.unisicoob.com.br/unicentrobrasileira

 **SICOOB**
UniCentro Brasileira

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação - CIP

R349 Revista Goiana de Medicina/ Associação Médica de Goiás - Vol. 48, n. 2 (setembro 2015). - Goiânia: Contato Comunicação, 2015
32 p.: il.

Anual
ISSN: 00349585

1. Medicina - periódico DE. I. Associação Médica de Goiás.

160-2012 CDU: 61(05)

DIREITOS RESERVADOS - É proibida a reprodução total ou parcial da obra, de qualquer forma ou por qualquer meio sem a autorização prévia e por escrito do autor. A violação dos Direitos Autorais (Lei n.º 9610/98) é crime estabelecido pelo artigo 48 do Código Penal.

Impresso no Brasil
Printed in Brazil
2015

EXPEDIENTE

Revista Goiana de Medicina

Órgão oficial de divulgação da Associação Médica de Goiás, Academia Goiana de Medicina e Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás

Distribuição: dirigida e gratuita à classe médica de Goiás e do Brasil

Editores

Nílzio Antônio da Silva
Fátima Maria Lindoso da Silva Lima
Waldemar Naves do Amaral

Editores Eméritos

Hélio Moreira
Joffre Marcondes de Rezende

Presidente da Associação Médica de Goiás

José Umberto Vaz de Siqueira

Presidente da Academia Goiana de Medicina

Vardeli Alves de Moraes

Diretor da Faculdade de Medicina da UFG

Fátima Maria Lindoso da Silva Lima

CONSELHO EDITORIAL

Alexandro Ostermaier Lucchetti
Anis Rassi
Anis Rassi Júnior
Celmo Celeno Porto
Heitor Rosa
Juarez Antônio de Souza
Marcos Pereira de Ávila
Maria Auxiliadora do Carmo
Mário Aprobato
Mariza Martins Avelino
Rui Gilberto Ferreira
Salvador Rassi
Sandro Reginaldo

Redação:

Contato Comunicação: Rua 27A, nº 150, Setor Aeroporto/
Goiânia/Goiás - Fone: 3224-3737 • email: jornalismocontato@gmail.com

Todos os direitos reservados e protegidos pela lei 9610 (09/02/98). Nenhuma parte poderá ser reproduzida sem autorização prévia, por escrito, da Associação Médica de Goiás, Academia Goiana de Medicina e Faculdade de Medicina da UFG, sejam quais forem os meios empregados.

ÍNDICE

06

A INFLUÊNCIA DA PERCEPÇÃO E AFETOS MATERNS NO CUIDADO NUTRICIONAL DA CRIANÇA

THE INFLUENCE OF MATERNAL PERCEPTION AND AFFECTIONS ON THE CHILD'S NUTRITIONAL CARE
LÍVIA MARIA LINDOSO LIMA; ANA PAULA LINDOSO LIMA;
MARLUCE MARTINS MACHADO SILVEIRA; FÁTIMA MARIA L. S. LIMA

10

ACHADOS LAPAROSCÓPICOS DAS PACIENTES COM DOR PÉLVICA CRÔNICA

FINDINGS LAPAROSCOPIC OF PATIENTS WITH CHRONIC PELVIC PAIN
CELSO HIDEO FUKUDAI, VALDIVINA ETERNA FALONE, CAROLINA LEÃO DE MORAES, RICARDO PEREIRA MAROT, WALDEMAR NAVES DO AMARAL FILHO, WALDEMAR NAVES DO AMARAL

15

A VISITA DOMICILIAR COMO RECURSO DE METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM

THE HOME VISIT AS A RESOURCE OF ACTIVE TEACHING-LEARNING METHODOLOGIES
ANA PAULA LINDOSO LIMA, LUHAN CHAVEIRO MARTINSI, RENATA MARTINS DAYREL REZENDE, THAÍS GOMES ABRAHÃO ELIAS

19

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA POPULAÇÃO GOIANA INTERNADA POR GLAUCOMA NO SISTEMA PRIVADO E PÚBLICO ENTRE OS ANOS 2008 E 2012

EPIDEMIOLOGY OF GOIAS POPULATION HOSPITALIZED FOR GLAUCOMA IN THE PRIVATE AND PUBLIC SYSTEM BETWEEN THE YEARS 2008 AND 2012
LORENA FERREIRA, ISABELA GOMES, WANDER FERREIRA, RODRIGO FERREIRA, JOÃO NASSARALLA, MARISA NOVAES FALLEIRO CHAVES DE FIGUEIREDO RASSI

22

DISTRIBUIÇÃO DA MORTALIDADE POR CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NA REGIÃO CENTRO-OESTE DE 1991 A 2012

MORTALITY DISTRIBUTION FOR CERVICAL CANCER IN MIDWEST REGION OF BRAZIL FROM 1991 TO 2010
NATÁLIA CARASEK MATOS CASCUDO I, LHUANNA MÁRIA BARBOSA TEIXEIRAI, KARIME ORTIZ FUGIHARA IWAMOTO, NATHALLYA MARQUES DA SILVA, CAROLINA DIAS DE ARAÚJO E SILVA

26

PREVALÊNCIA DE PÓLIPOS EM HISTEROSCOPIAS AMBULATORIAIS

THE PREVALENC OF ENDOMETRIAL POLYPS IN OUTPATIENT HYSTEROTOPICS PATIENTS
LORENA MACHADO DE SOUZA LOURENÇO, LUANA KRONIT BASTOS RUI GILBERTO FERREIRA, WALDEMAR NAVES DO AMARAL, LÍVIA MARIA OLIVEIRA SALVIANO, VALDIVINA ETERNA FALONE

29

SÍNDROME DE BLEFAROFIMOSE EM MÃE E SEUS FILHOS GÊMEOS FRATERNOS: RELATO DE CASO

MOTHER AND FRATERNAL TWIN SON'S BLEPHAROPHIMOSIS SYNDROME
FERNANDO PALIS, LORENA FERREIRA, WANDER FERREIRA, RODRIGO FERREIRA, JOÃO NASSARALLA

REGRAS PARA PUBLICAÇÃO

A revista aceitará material original para publicação no campo relacionado à medicina feita em Goiás. A revista publicará:

1. Artigos originais completos sejam prospectivos, experimentais ou retrospectivos.
2. Relatos de casos de grande interesse desde que bem documentados clínica e laboratorialmente.
3. Números especiais com anais, coletâneas de trabalhos apresentados nos congressos brasileiros e suplementos com trabalhos versando sobre tema de grande interesse.
4. Artigos de revisão, inclusive meta-análises e comentários editoriais, a convite, quando solicitados a membros do conselho editorial.

A revista não aceitará material editorial com objetivos comerciais.

PROCESSAMENTO

Todo material enviado será analisado pelo Corpo Editorial da revista. Os artigos que não preencherem as normas editoriais serão rejeitados neste estágio. Aqueles que estiverem de acordo serão enviados a dois revisores indicados pelos editores e poderão ser modificados, desde que não modifiquem o conteúdo científico.

DIREITOS AUTORAIS (COPYRIGHT)

É uma condição de publicação em que os autores transferem os direitos autorais de seus artigos à Revista Goiana de Medicina. Todos os artigos deverão ser enviados com uma carta de encaminhamento assinada por todos os autores relatando que o trabalho para publicação é original e que não foi enviado para análise ou publicado em outras revistas, no todo ou parcialmente. Na carta ainda deve estar explícito que os autores transferem os direitos autorais para a Revista Goiana de Medicina e concordam com as normas editoriais. A transferência dos direitos autorais à revista não afeta os direitos de patente ou acordos relacionado aos autores. As figuras, fotos ou tabelas de outras publicações podem ser reproduzidas desde que autorizadas pelo proprietário. A autorização escrita deve ser enviada junto com manuscrito.

AUTORIDADE E RESPONSABILIDADE

O conteúdo intelectual dos manuscritos é de total responsabilidade de seus autores. O Corpo Editorial não assumirá qualquer responsabilidade sobre as opiniões ou afirmações dos autores. Todo esforço será feito pelo Corpo Editorial para evitar dados incorretos ou imprecisos. O número de autores deve ser limitado em seis.

SUBMISSÃO DOS ARTIGOS

Os autores enviarão cópia do manuscrito juntamente com figuras, fotos ou tabelas originais. O manuscrito deve identificar um autor como correspondente para onde serão enviadas as notificações da revista. Deverá conter o endereço completo, telefone, fax e e-mail desta pessoa. Os trabalhos devem ser enviados em carta registrada ou por meio eletrônico no email jornalismocontato@gmail.com

APRESENTAÇÃO

Os manuscritos devem ser digitados em espaço duplo em um só lado da folha de papel A4. Os artigos originais devem conter os seguintes tópicos: Título (português e inglês), resumo (português e inglês), introdução, métodos, resultados, discussão, agradecimentos e referências. Cada tópico deve ser iniciado em uma nova página. Os relatos de casos devem ser estruturados em: introdução, relato de caso, discussão e referências. A primeira página deve incluir: título, primeiro e último nome dos autores e sua filiação, títulos (não mais que 20 letras), palavras chaves (5-8) e o endereço para correspondência. A segunda página deve conter o título do

manuscrito no cabeçalho e cuidado deve ser tomado no restante do texto para que o serviço ou os autores não possa ser identificado (suprimi-los).

RESUMO

O resumo dos artigos originais deve ser dividido em seções contendo informações que permita ao leitor ter uma ideia geral do artigo, sendo divididos nos seguintes tópicos: objetivos, métodos, resultados e conclusões. Não deve exceder 250 palavras. O resumo dos relatos de casos deve ser em um único parágrafo. Uma versão em inglês do resumo e das palavras chaves deve ser fornecido.

ESTILO

As abreviaturas devem ser em letras maiúsculas e não utilizar ponto após as letras, ex: US e não U.S.. As análises estatísticas devem ser pormenorizadas no tópico referente aos métodos. O uso de rodapé não será permitido, exceto em tabelas. O Corpo Editorial reserva o direito de alterar os manuscritos sempre que necessário para adaptá-los ao estilo bibliográfico da revista.

LITERATURA CITADA

As referências devem ser numeradas consecutivamente à medida que aparecem no texto e depois nas figuras e tabelas se necessárias, citadas em numeral sobrescrito, ex: "Trabalho recente sobre o efeito do ultrassom²² mostra que...". Todas as referências devem ser citadas no fim do artigo seguindo as informações abaixo:

1. et al. Não é usado. Todos os autores do artigo devem ser citados.
2. As abreviações dos jornais médicos devem seguir o formato do Index Medicus.
3. Trabalhos não publicados, artigos em preparação ou comunicações pessoais não devem ser usadas como referências. Quando absolutamente necessárias, somente citá-las no texto.
4. Não usar artigos de acesso difícil ou restrito aos leitores, selecionando os mais relevantes ou recentes. Nos artigos originais o número de referência deve ser limitado em 25 e os relatos de casos e cartas em 10.
5. A exatidão dos dados da referência é de responsabilidade dos autores.

As referências devem seguir o estilo Vancouver como nos exemplos abaixo:

Artigos de jornais: Cook CM, Ellwood DA. A longitudinal study of the cervix in pregnancy using transvaginal ultrasound. Br J Obstet Gynaecol 1966; 103:16-8.

In press: Wyon DP. Thermal comfort during surgical operations. J Hyg Camb 20-; in press (colocar o ano atual).

Artigo em livro editado: Speroff L, Glass RH, Kase NG. In Mitchell C, ed. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. Baltimore, USA: Williams & Wilkins, 1994:1-967.

ILUSTRAÇÕES

O uso de símbolos nas ilustrações devem ser consistentes com os utilizados no texto. Todas as ilustrações devem ser identificadas no verso com o nome do autor principal e número da figura. Se a orientação da figura não é óbvia, favor identificá-la no verso. As legendas das ilustrações devem ser digitadas em páginas separadas. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto do manuscrito e numeradas de acordo com aparecimento, ex: figura 3.

TABELAS

As tabelas devem ser digitadas em páginas separadas e os seguintes símbolos devem ser usados no rodapé: *, †, ‡, §. Todas as tabelas devem ser citadas no texto.

A INFLUÊNCIA DA PERCEPÇÃO E AFETOS MATERNOS NO CUIDADO NUTRICIONAL DA CRIANÇA

THE INFLUENCE OF MATERNAL PERCEPTION AND AFFECTIONS ON THE CHILD'S NUTRITIONAL CARE

LÍVIA MARIA LINDOSO LIMA¹; ANA PAULA LINDOSO LIMA²;
MARLUCE MARTINS MACHADO SILVEIRA³; FÁTIMA MARIA L. S. LIMA⁴

Palavras-chave: estado nutricional, crianças, baixa renda, Percepção e afetos maternos
Keywords: nutritional status, children, low-income, maternal perception and affections

RESUMO

Objetivo: Identificar a influência da percepção e afetos maternos no cuidado nutricional da criança. *Metodologia:* estudo transversal, descritivo-analítico com abordagem quanti-qualitativo. *Faixa etária* ≤ 60 meses, pertencentes a famílias cadastradas no programa Bolsa Família, do bairro Filostro em Anápolis. *1ª fase* classificação nutricional. *2ª fase* busca ativa com entrevista das mães cujas crianças apresentaram alteração nutricional. Usado como instrumento roteiro semi-estruturado. *Análise dos dados* técnica de conteúdo de Bardin. *Resultados:* 104 crianças selecionadas, 73% eutróficas, 24% desnutridas e 3% obesas. 4% desnutridos moderados. 22% desnutrição crônica, predominando no sexo feminino. *Da análise dos conteúdos das entrevistas maternas* foram construídas cinco categorias e dezesseis subcategorias. *Recordaram da infância materna* com lembranças felizes, com dificuldades de relacionamento com suas mães, se percebiam magras nesta fase, porém saudáveis e com acesso alimentar restrito. *A maternidade* foi vista com felicidade, responsabilidade e estresse. *Revelaram satisfação* com sua imagem corporal. *Tinham noções* que verduras e frutas são importantes para a dieta saudável, mas era restrito o uso devido ao pouco dinheiro para comprar. *A imagem corporal de seu filho* era normal, não perceberam consequências negativas nessa condição de magreza. *A alimentação* era melhor agora do que quando elas eram crianças. *Conclusão:* Não foi identificado sinais de baixa afetividade nas mães. *Nota-se* que a referência da infância dessas mulheres, remonta a um padrão de magreza e piores condições de alimentação. *Isso parece explicar, em parte, a não percepção da desnutrição ou obesidade de seu filho* como condição de risco à saúde.

ABSTRACT

Objective: Identify the influence of maternal perception and affections on the child's nutritional care. *Methodology:* Cross-sectional, descriptive and analytical study with quantitative and qualitative approach. *Aged* ≤ 60 months, belonging to families registered in the Bolsa Família program from Filostro neighborhood in Anapolis. *1st phase* nutritional classification. *2nd phase* active search to interview mothers whose children had nutritional change. *We used as a tool* the semi-structured script. *For data analysis* used the method of content analysis based on Bardin. *Results:* 104 children selected, 73% eutrophic, 24% undernourished and 3% obese. 4% moderately malnourished. 22% chronic malnutrition, mainly women. *Analyzing the contents of maternal interviews* five categories and sixteen subcategories were built. *Recalled the maternal childhood* with happy memories, with relationship difficulties with their mothers, they perceived themselves as being thin at this stage, but healthy and with restricted food access. *Motherhood* was seen with happiness, responsibility and stress. *They showed satisfaction* with their body image. *They had notions* that vegetables and fruits are important for healthy diet, but the use was restricted because of little money to buy them. *The body image of their children* was normal, they did not see negative consequences of their thinness condition. *The food* was better now than when they were children. *Conclusion:* There were no signs of low affectivity in mothers. *The childhood reference* of these women, dated back to a standard of thinness and worse feeding conditions. *This seems to explain, in part, the non-perception of malnutrition or obesity of their child* as a risk factor to health.

1 - Residente de Pediatria do Hospital das Clínicas daUFG

2 - Residente de Clínica Médica do Hospital das Clínicas da UFG

3 - Professora Assistente da Disciplina de Habilidades de Comunicação da UniEvangélica

4 - Professora Titular do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFG fatimalindoso@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O estado nutricional infantil está diretamente relacionado ao consumo alimentar e a situação de saúde da criança. Esses por sua vez dependem da disponibilidade de alimento no domicílio, da salubridade do ambiente e do cuidado destinado à criança¹. Assim sendo, a família, tem dupla função nesse papel estruturador: satisfação de necessidades básicas como alimentação, calor, abrigo e proteção e promoção de um ambiente no qual a criança possa desenvolver ao máximo suas capacidades físicas, mentais e sociais.

Nas várias sociedades, no âmbito familiar, é a mulher quem absorve maior responsabilidade com as tarefas domésticas e o cuidado com os filhos. Para que se compreenda a complexidade que cerca a nutrição infantil e sua relação com a saúde na infância, é importante compreendermos como a família percebe o mundo onde vive, sua compreensão sobre saúde-doença, do papel da alimentação para saúde, sua afetividade com os filhos, da relação do seu cotidiano e contexto cultural².

Essa situação exige da família uma sobrecarga de responsabilidade que, muitas das vezes, não está ao seu alcance, por depender da renda familiar e acesso aos serviços essenciais como saúde, educação e saneamento^{2,3}.

Considerando a saúde como um processo de subjetivação influenciado por determinantes sociais, culturais e históricos, a situação de vulnerabilidade em que vive um grande conjunto de famílias brasileiras está associada ao contexto de pobreza e à desigual distribuição de renda no país⁴.

Há evidências de que déficits de crescimento na infância estão associados à maior mortalidade, doenças infecciosas, prejuízo para o desenvolvimento psicomotor, menor aproveitamento escolar, diminuição da altura e da capacidade produtiva na idade adulta³. O Excesso de peso na infância também tem sido associado com numerosos prejuízos para saúde física e psicológica, incluindo diabetes, hipertensão, depressão, e perturbação com a imagem corporal⁵.

Estudo realizado por Monteiro⁶ evidenciou redução da desnutrição infantil no Brasil de cerca de 50% de 1996 a 2006/7 e aumento nas prevalências de sobrepeso e obesidade em crianças. Entretanto estes dados não são uniformes para todas as regiões brasileiras, onde alguns municípios ainda apresentam bolsões de pobreza com prevalência elevada de desnutrição infantil⁶. Fato semelhante tem-se observado até em uma mesma família, onde encontramos diferenças nutricionais entre as crianças⁷. Estas diferenças podem ocorrer devido a: condições socioeconômicas, reprodutivas, ambientais, amamentação, vínculo afetivo e cuidados maternos, desajustamento familiar e fatores biológicos⁸. Para melhor compreensão destas alterações nutricionais, devemos estudá-las tanto no âmbito do coletivo como no individual, a fim de que possamos entender melhor seus fatores causais, visando a prevenção dessas. Essa foi a motivação principal desta pesquisa: alcançar a percepção das mães que integram o programa Bolsa Família, em uma comunidade estabelecida, que frequenta mensalmente o serviço de saúde, acreditando que conhecer suas realidades

é primordial no direcionamento de ações de promoção da saúde, por meio da educação.

O Programa Bolsa Família foi implantado pelo Governo Federal Brasileiro com a perspectiva de combater a pobreza e a fome no país; ele exige das famílias beneficiadas o cumprimento de condicionalidades e entre elas a frequência escolar das crianças⁹.

Para isso, foi realizado um estudo transversal com o objetivo de investigar a influência dos afetos maternos no cuidado nutricional das crianças ≤ 60 meses de idade da comunidade do bairro Filostro em Anápolis e que recebem a Bolsa Família, levando em consideração as variáveis nutricionais (altura/idade e peso/altura), socioeconômicas, demográficas, ambientais, culturais, alimentares, reprodutivas, de cuidados maternos e de amamentação.

OBJETIVOS

Objetivo geral: Identificar a influência dos afetos maternos no cuidado nutricional da criança. Objetivos específicos: Determinar a prevalência das alterações nutricionais na população estudada e conhecer o perfil das crianças com alteração nutricional, considerando variáveis sócio demográficas, econômicas, ambientais, reprodutivas, dos cuidados maternos, alimentação, amamentação e culturais das mães.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal, de natureza descritivo-analítica que utilizou de abordagem quanti-qualitativa para análise dos resultados. A pesquisa teve 2 fases cujos critérios de inclusão foram: 1ª Fase: Acompanhamento mensal pela Secretaria Municipal de Saúde no Programa Bolsa Família; faixa etária ≤ 60 meses de idade e pertencer a população de baixa renda de um bairro da periferia do município de Anápolis-GO. 2ª fase só participaram as crianças cuidadas pelas próprias mães.

A 1ª fase constou de um estudo quantitativo, utilizando os indicadores nutricionais (altura/idade e peso/altura) das crianças selecionadas. A amostra foi composta de 104 crianças que preenchiam os critérios de inclusão inicial. Foram utilizados dados antropométricos extraídos das fichas das crianças cadastradas no programa. Estas eram avaliadas mensalmente, pesadas, sem roupa, numa balança digital e medidas com antropômetro com graduação até 100 cm de comprimento com sensibilidade de 1 mm. As crianças menores que 1 metro foram aferidas em decúbito dorsal. Para classificação do estado nutricional utilizou-se as curvas de peso e estatura padrão da nova curva da OMS. Para crianças menores de 2 anos também foram aplicados os critérios de Gomez e para maiores de 2 anos os de Waterlow segundo Sigulem¹⁰.

A 2ª fase realizou-se por meio de uma busca ativa das crianças com alterações nutricionais, classificadas na 1ª fase. Nesta etapa após assinatura do termo Livre Consentimento Esclarecido, realizou-se entrevistas com as mães que preencheram os critérios de inclusão, utilizando-se roteiro semiestruturado. Para avaliação dos dados,

foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin (1977)¹¹ e Minayo (1999)¹². Obtiveram-se categorias e subcategorias que foram selecionadas a partir dos objetivos estabelecidos neste estudo.

Este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UniEvangélica, conforme orienta a resolução 196/96 do Ministério da Saúde, sendo aprovado, segundo o protocolo 0079 / 2009.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 104 crianças selecionada de acordo com os critérios de inclusão, 73% eram eutróficas, 24% desnutridas e 3% obesas, conforme ilustrado na tabela 1. A idade variou de um mês a cinco anos completos.

Tabela 1- Classificação do estado nutricional das crianças do bolsa família com faixa etária ≤ 60 meses do Bairro Filostro em Anápolis/GO. Nova curva da OMS 2006/ 2007

Estado Nutricional	Número de crianças	%
EUTRÓFICO	76	73,0
DESNUTRIDO	25	24,0
OBESOS	3	3,0
TOTAL	104	100

Das crianças com desnutrição, 4% eram desnutridos moderados $\geq 1 < 2$ anos de idade /Gomez¹⁰ e 22% eram desnutrição crônica $\geq 2 \leq 4$ anos de idade/ Waterlow¹⁰ com predomínio do sexo feminino. Nesta amostra foram detectados 3% de obesidade. A utilização dos índices estatura/idade e peso/idade, em estudos de populações latinoamericanas de baixo nível socioeconômico, mostra altas prevalências de déficits de estatura para a idade, achados concordantes com nosso estudo¹³.

A monitorização do crescimento, desde a década de 70, tem sido considerada a atividade central da assistência primária à saúde da criança. Dessa forma, déficits de estatura e peso são considerados a maneira mais eficaz para diagnosticar precocemente a desnutrição, bem como o excesso ponderal, que alerta para o sobrepeso e obesidade, evitando em ambas as situações, às comorbidades desses problemas nutricionais¹⁴.

Os resultados desta pesquisa foram diferentes dos encontrados por Biscegli¹⁵ em crianças na faixa etária de 11 a 57 meses em Catanduva-SP, que mostrou 4% das crianças apresentavam desnutrição aguda, 2% desnutrição crônica e 7%, obesidade.

No entanto, pesquisa realizada na Bahia encontrou 12,4% das crianças menores de 2 anos com déficits de estatura¹⁶, mostrando que em algumas regiões do país a desnutrição é ainda um problema de saúde. Estes dados foram concordantes com os detectados em nosso estudo.

Na 2 fase desta pesquisa das 28 crianças com alteração nutricional, 20 tiveram mães que preencheram os critérios de inclusão. Em relação as características sócio demográficas, econômicas, ambientais, reprodutivas, dos cuidados maternos, alimentação, amamentação e culturais das mães obtidas durante a entrevista observa-se que: 73,3% tinham

idade $\geq 20 \leq 30$ anos; 53,3% primário incompleto; 66,7% ganhavam 1 salário mínimo. A maioria das mães (80%) não trabalhava fora do lar. Em 86,7% das famílias o parceiro era o provedor, em 13,3% a avó era a provedora. Todas as famílias recebiam o benefício da bolsa família. Em relação à religião, 60% declararam ser evangélicas. Quanto a naturalidade das mães, 86,6% de Goiás; 6,6% do Ceará e 6,6% do Maranhão. 46,6% brancas, 26,6% negras, 26,6% pardas. A moradia em 66,6% era própria, com 3 a 4 cômodos para 6,2 pessoas, 66,7%; 33,3% tinham rede de esgoto. Todas as casas possuíam rede elétrica e coleta de lixo três vezes na semana. Todas as mães fizeram o pré-natal e 60% eram multíparas de três a seis gestações, 46,7% foram alimentados ao seio exclusivamente até 6 meses de idade.

Os resultados de nosso estudo estão em consonância com de outras pesquisas¹³. O tamanho da família, a existência de muitos filhos em famílias de baixa renda, saneamento básico inadequado, baixa escolaridade materna, tipo de moradia, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, bens de consumo, influenciam no estado nutricional das crianças¹³.

A partir da análise dos conteúdos obtidos das entrevistas foram construídas cinco (5) categorias e dezesseis (16) subcategorias (Tabela 2).

Tabela 2- Distribuição das categorias e subcategorias relacionadas a percepção das mães, suas definições e justificativas

CATEGORIA/SUBCATEGORIA	DEFINIÇÃO DA CATEGORIA
1. Recordação de sua infância 1.1. Percepção corporal quando crianças 1.2. Recordação da alimentação da família 1.3. Relacionamento com a mãe.	Refere-se aos sentimentos de quando eram crianças, como era seu corpo nesta fase; o que comiam; o que gostavam de fazer; como era o relacionamento com sua mãe e com a família.
2. O significado de ser mãe 2.1. Alegria e felicidade 2.2. Sentimento de ambiguidade 2.3. Responsabilidade e estresse	Diz respeito a como elas percebiam a maternidade.
3. Percepção da sua imagem corporal atual e conhecimento sobre alimentação 3.1. Satisfação com sua imagem corporal atual 3.2. Boa relação com a alimentação 3.3. Dificuldade financeira para manter uma dieta saudável	Diz respeito a como elas percebem o seu corpo atualmente. Aos hábitos alimentares na família; o que consideram alimentação saudável
4. Percepção corporal do seu filho 4.1. Normal, ativo e inteligente 4.2. Saudável 4.3. Comparação de sua própria imagem corporal quando criança	Como elas percebem a imagem corporal de seus filhos e sua relação com outras crianças ou comparações com outros membros da família. Se conhecem o peso do filho.
5. Percepção materna da relação do filho com a alimentação 5.1. Comparação com a alimentação de quando ela era criança 5.2. Boa relação do filho com a alimentação 5.3. O prazer pelas guloseimas 5.4. Dificuldade financeira para manter uma dieta saudável para a família	Como as mães percebem a alimentação de sua criança, a aceitação, a qualidade e quantidade oferecida, se seguiam horários.

Na categoria 1 - Recordação de sua infância as falas retrataram a percepção das mães quando crianças: eram magras, saudáveis brincavam muito e comiam o que tinha na casa. A maioria relatou boas vivências com as próprias mães e algumas tiveram dificuldades relacionais.

“Eu era uma criança magrinha, forte e brincava muito... lá em casa todos eram magros”.

“Adorava comer de tudo.. comia o que tinha...”,

“Muito bom, minha mãe é ótima”...Sempre fomos muito unidas”

“Quem cuidava de mim era minha avó, minha mãe não tinha paciência”...

“Eu não tinha um bom relacionamento com a minha mãe”...

Na Categoria 2 – O significado de ser mãe: a maternidade foi percebida como felicidade, ela deu sentido a sua vida, embora muitas falas traduzam ambiguidade dos sentimentos em relação à ser mãe:

“Tudo de bom.. É a melhor coisa na minha vida..”

“Gosto muito mais é meio apurado. É muita criança para cuidar..”

“É muita responsabilidade, muito trabalho, mas é bom, trás felicidade..”

“É algo difícil, complicado, estressante”

Na Categoria 3– Percepção da sua imagem corporal atual e hábito alimentar. As entrevistas revelaram satisfação com sua imagem corporal atual, apesar de algumas se acharem magras. Relatam que gostam de comer, sabem que verduras, frutas e carne é importante na alimentação, comem quando podem comprar e que a maior dificuldade é a falta de dinheiro para adquirir os alimentos.

“Não me acho nem gorda nem magra, estou satisfeita com meu corpo”

“Sei que sou magra.... Sempre fui assim desde criança”

“Eu gosto de comer de tudo e bastante, o problema é que nem sempre temos o que comer”

“Eu preparo o que tem em casa, sei que é bom comer frutas, verduras e carne, e nem sempre dá para comprar.”

Um problema em se avaliar a imagem corporal é que esta tem diferentes componentes: percepção corporal (sub ou superestimação do tamanho corporal) e conceito de corpo (auto-estima corporal)¹⁷. Neste trabalho, a questão da imagem corporal não foi completamente elucidada, pois trabalhou-se apenas com o componente de percepção do peso corporal.

Na Categoria 4. Percepção corporal do seu filho a grande maioria das mães não tinham certeza do peso atual da criança, achavam que seus filhos estavam normais e ativos, inteligentes, gostam de brincar, entretanto algumas consideraram seus filhos magros, mas justificaram que são saudáveis, não percebendo nenhuma consequência negativa nessa condição de magreza, pois eram iguais a elas quando criança ou as demais crianças que moram no seu bairro atualmente.

“Acho ele magro... mas é muito ativo, é inteligente, corre, brinca é levado, apesar de magro”

“Acho que é como eu e eu sou e normal”

“Normal como as outras crianças daqui”

Na Categoria 5. Percepção materna da relação do filho com a alimentação: as mães consideraram que seus filhos aceitavam bem os alimentos, alguns tinham dificuldades para comer frutas e verduras e gostavam de guloseimas. Ofereciam de 4 a 5 refeições no dia com arroz/ macarrão, feijão, bolachas, mucilon e leite. Frutas, verduras e carne quando tinham. A maioria considerou que seu filho tem uma alimentação melhor do que ela teve na sua infância.

“Não dá trabalho para comer”

“Ele come bem, mas se deixar só quer comer besteira”

“Eu preparo o que tem em casa, sei que é bom comer frutas e verduras, apesar que criança não gosta muito e nem sempre dá para comprar”.

“A alimentação do meu filho é mais saudável que a minha naquela época”

“A dos meus filhos é melhor, porque agora temos um pouco mais de dinheiro”

Neste estudo nota-se que a referência da infância dessas mulheres, remonta a um padrão de magreza e piores condições de alimentação, na maioria relacionada ao fator socioeconômico, ambientais e educacionais. Isso parece explicar, em parte, a não percepção das mães em relação às alterações nutricionais de seu filho como condição de risco à saúde. Nossos resultados estão em consonância com os de outros autores^{13,18}.

CONCLUSÕES

A maioria das mães não considerou seu filho desnutrido nem obeso. Não se identificou sinais de baixa afetividade nas mães participantes deste estudo. Nota-se que a referência da infância dessas mulheres, remonta a um padrão de magreza e piores condições de alimentação, na maioria relacionada ao fator econômico durante essa fase. Isso parece explicar, em parte, a não percepção da desnutrição ou obesidade de seu filho como condição de risco à saúde. Essas mães necessitam de ações educativas em saúde, além dos benefícios da bolsa família e das avaliações antropométricas mensais realizadas pela unidade de saúde. Pela importância do tema há necessidade de novas pesquisas com população de baixa renda e com maior alcance de participantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Monteiro CA, Benício MHD, Iunes RF, Gouveia NC, Cardoso; MAA. Evolução da desnutrição infantil. In: Monteiro CA, organizador. Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. 2.ed. São Paulo (SP): Hucitec; Nupens/USP; 2000.
2. Frola MA, Barroso MGT. Repercussão da desnutrição infantil na família. Rev Latino-am Enfermagem 2005; 13(6):996-1000.
3. Monteiro, CA. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. Estudos Avançados (on line) v.17 n.48, p. 7-20, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v17n48/v17n48a02.pdf>>. Acesso em 23.jun.2009.
4. Gontijo DT, Medeiros M. Crianças e adolescentes em situação de rua: contribuições para a compreensão dos processos de vulnerabilidade e desfiliação social. Ciênc saúde coletiva. 2009; 14: 467-75
5. Mello ED, Luft VC, Meyer F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? J Pediatr 2004; 80: 173-82
6. Monteiro, C. A.; Conde, W. L. Tendência secular da desnutrição e obesidade na infância na cidade de São Paulo. Revista de Saúde Pública; 2000 v.34, p.2-61.
7. Olinto, MTA; Victora CG; Barros FC; Tomasi E. Determinantes da Desnutrição Infantil em uma População de Baixa Renda: um Modelo de Análise Hierarquizado. Cad. Saúde Públ 1993; v. 9 (suplemento 1); p.14-27..
8. Nóbrega, F. Atenção à criança desnutrida em áreas urbanas. Temas de nutrição em pediatria; 2001, v.3.
9. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e combate à Fome. 2009. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/>>. Acesso em 15 jun.2009
10. Sigulem, DM; Devincenzi, UM; Lessa, AC. Diagnóstico do estado nutricional da criança e do adolescente. J Pediatr 2000;v. 76, Suppl 3, p. 275-84.
11. Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edição 70 LDA, 1997
12. Minayo, MCS. O Desafio do Conhecimento. In: MINAYO, M. C.de S. (org.) Pesquisa Social: teoria e criatividade. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
13. Romani, ASM; Lira, PIC. Fatores determinantes do crescimento infantil. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2004; 4(1):15-23.
14. Carvalhaes, MABL; Godoy, I. As mães sabem avaliar adequadamente o peso das crianças? Rev. Nutr., Campinas, 2002; v.15, n.2, p.155-162.
15. Biscegli, TS; Corrêa, CEC.; Romera, J; Candido, AB. Avaliação do estado nutricional e prevalência de carência de ferro em crianças frequentadoras de uma creche. Rev Paul Pediatr. 2006v.24, p. 323-9.
16. Oliveira, VA; Oliveira, AMA; Pinheiro, SMC; Barreto, ML. Determinantes dos déficits ponderal e de crescimento linear de crianças menores de dois anos. Rev Saúde Pública, 2006 v. 40, n. 5, p.874-882.
17. Nunes, MA; Olinto, MTA; Barros, FC; Camey, S. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. Rev Bras Psiquiatr 2001;23(1):21-7.
18. Silveira, KBR; Alves, J FR; Ferreira, H S; Sawaya, AL; Florêncio, TMMT. Associação entre desnutrição em crianças moradoras de favelas, estado nutricional materno e fatores socioambientais. J. Pediatr. 2010; vol.86(3): 215-220.

ACHADOS LAPAROSCÓPICOS DAS PACIENTES COM DOR PÉLVICA CRÔNICA

LAPAROSCOPIC FINDINGS OF PATIENTS WITH CHRONIC PELVIC PAIN

CELSO HIDEO FUKUDA¹, VALDIVINA ETERNA FALONE², LUANA KRONIT BASTOS⁴, CAROLINA LEÃO DE MORAES³, WALDEMAR NAVES DO AMARAL FILHO⁵, WALDEMAR NAVES DO AMARAL⁶

Palavras-chave: Dor Pélvica, Dor Crônica, Laparoscopia, Endometriose.

Keywords: Pelvic Pain, Chronic Pain, Laparoscopy, Endometriosis.

RESUMO

Objetivo: descrever os achados laparoscópicos nas mulheres portadoras de dor pélvica crônica, que foram submetidas a laparoscopia em uma clínica especializada em Goiânia, no período de 01 de julho de 2013 a 31 de julho de 2014. *Métodos:* Foram incluídas no estudo 241 mulheres do total 281 pacientes, foram excluídas 39 pacientes que estavam sem laudo nos registros da clínica. A maioria das pacientes com dor pélvica crônica que realizaram laparoscopia encontravam-se na menacme e nuligesta. *Resultados:* A indicação cirúrgica mais frequente das pacientes submetidas à laparoscopia foi dor pélvica crônica 43,15%, seguidas pelos cistos ovarianos com 19,91%. O leiomioma foi a terceira indicação cirúrgica mais frequente com 15,76%. E na quarta indicação cirúrgica mais frequente encontramos a infertilidade com 12,86%. Os achados laparoscópicos mais observados na dor pélvica crônica foram a endometriose (50%), seguidos por aderências (25,35%), leiomiomas (7,05%), hidrossalpinge (7,05%) e cistos ovarianos (4,70%). *Conclusão:* As pacientes com dor pélvica crônica apresentaram mais frequentemente a endometriose e encontravam-se em estágio III, porém, quando as pacientes apresentavam dor pélvica crônica e sem alterações patológicas aos exames de imagem ginecológica foi encontrado também a endometriose como achado laparoscópico mais frequente, no entanto, em estágio I. Conclui-se que a endometriose é uma patologia comum e associada aos quadros de dor pélvica crônica. A ultrassonografia normal não exclui a doença, principalmente nos casos mínimos e leves.

ABSTRACT

Objective: To describe the laparoscopic findings in women with chronic pelvic pain, who underwent laparoscopy at a specialized clinic in Goiania, from 1 July 2013 to 31 July 2014. *Methods:* The study included 241 women of the total 281 patients, 39 patients were excluded who were no report on clinical records. Most patients with chronic pelvic pain who underwent laparoscopy were in premenopausal and nulligravida. *Results:* The most frequent indication for surgery in patients undergoing laparoscopy was chronic pelvic pain 43.15%, followed by ovarian cysts with 19.91%. The leiomyoma was the third most frequent indication for surgery with 15.76%. And the fourth most common surgical indication found infertility with 12.86%. The laparoscopic findings more observed in chronic pelvic pain have endometriosis (50%), followed by adhesions (25.35%), leiomyomas (7.05%), hydrosalpinx (7.05%) and ovarian cysts (4.70%). *Conclusion:* Patients with chronic pelvic pain were more often endometriosis and were in stage III, however, when the patients had chronic pelvic pain and no pathological changes to gynecological imaging was also found endometriosis as more frequent laparoscopic finding, however, in stage I. It follows that Endometriosis is a common condition and associated with cases of chronic pelvic pain. The normal ultrasound does not exclude the disease, especially in minimal and mild cases.

¹ Médico Especialista em Histeroscopia e Laparoscopia Ginecológica pela Schola Fértil.

² Fisioterapeuta da Clínica Fértil

³ Aluna do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás

⁴ Aluno de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Goiás

⁵ Aluno de Graduação em Medicina da Universidade Católica de Brasília

⁶ Professor adjunto III do departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás

INTRODUÇÃO

Dor pélvica crônica (DPC) é dor de duração igual ou superior a seis meses, de localização na pelve anatômica, no abdome inferior abaixo da cicatriz umbilical e possui intensidade suficiente para interferir nas atividades habituais e/ou exigir ajuda médica¹.

A DPC é responsável por 10% das consultas com ginecologistas, 40 a 50% das laparoscopias ginecológicas e, aproximadamente, 12% de todas as histerectomias². Apresenta impacto direto na vida conjugal, social e profissional dessas pacientes o que transforma a DPC em um sério problema de saúde pública³.

Os seus fatores de risco ainda não são consensuais, visto os resultados conflitantes de estudos realizados. Os mais citados são: abuso de drogas ou álcool, antecedente de aborto, fluxo menstrual aumentado e dismenorreia, doença inflamatória e outras doenças pélvicas, cirurgia abdominal prévia, baixo nível educacional e comorbidades psicológicas, tais como ansiedade e depressão³.

O tratamento da DPC é focado nos sintomas ou no próprio diagnóstico. Mesmo quando o diagnóstico é especificado, como síndrome da bexiga dolorosa, síndrome do intestino irritável, endometriose e aderências, a resposta é frustrante⁴. Compõem o arsenal terapêutico anti-inflamatórios não esteroides (AINES), bloqueadores musculares, contraceptivos hormonais, amitriptilina e outros antidepressivos, anti-convulsivantes e psicoterapia⁵. A terapia cognitivo-comportamental é uma abordagem já aceita e recomendada no tratamento de mulheres com DPC⁶. O tratamento cirúrgico, especialmente com laparoscopia, tem sido indicado para diagnóstico e tratamento de endometriose e aderências pélvicas⁷, mas tem sido cada vez mais questionado⁸.

Os dados disponíveis sobre dor pélvica crônica são, até o momento, limitados em países em desenvolvimento, este estudo foi realizado para buscar informações sobre as características laparoscópicas encontrada na dor pélvica crônica e promover avanços em seu atendimento, bem como compartilhar essas informações com outros profissionais de atenção à saúde da mulher.

MÉTODOS

Estudo transversal em uma clínica especializada em Goiânia-GO. Todos os pacientes analisados na pesquisa foram estudados segundo os preceitos da declaração de Helsinque e do código de Nuremberg, respeitadas as normas de pesquisa envolvendo seres Humanos (resolução CNS 466/12) do Conselho Nacional de Saúde. Sendo incluídas no estudo as mulheres que foram submetidas as laparoscopias ginecológica no período de 01 de Julho de 2013 a 31 de Julho de 2014. Foram excluídas 39 pacientes que estavam sem laudos laparoscópicos. Sendo analisados 241 laudos de laparoscopias, todas do sexo feminino, operadas no período de 01 de Julho de 2013 a 31 de Julho 2014. Após a obtenção dos dados coletados, os resultados foram organizados e classificados em tabelas e gráficos, utilizando-se o programa Excel 2013.

RESULTADOS

O perfil epidemiológico das pacientes submetidas as laparoscopias, observou-se a faixa etária entre 14 anos e 76 anos, com média de 35,81 anos e a idade mais frequente foi 30 anos (TABELA - 1).

TABELA 1 – Antecedentes Obstétricos das pacientes submetidas as laparoscopias na em uma clínica especializada, no período Julho de 2013 a Julho de 2014.

PARIDADE	QUANTIDADE	%
Nuligesta	136	53,54%
1 filho	38	14,96%
2 filhos	49	19,29%
3 filhos	10	3,93%
1 aborto	17	6,70%
2 abortos	3	1,18%
3 abortos	1	0,40%
TOTAL GERAL	254	100%

As laparoscopias que tiveram indicações cirúrgicas de dor pélvica crônica totalizaram 104 pacientes (43,14% do total de 241 pacientes) divididas em dor pélvica sem alterações patológicas aos exames de imagem ginecológica (59 pacientes – 24,48%), dor pélvica crônica associado a infertilidade (25 pacientes – 10,37%), dor pélvica crônica aliado a endometrioma (20 pacientes – 8,29%). (TABELA - 2)

TABELA 2 – Indicações cirúrgicas das Laparoscopias em uma clínica especializada, no período Julho de 2013 a Julho de 2014.

INDICAÇÕES CIRÚRGICAS	QUANTIDADES	%
Dor pélvica	59	24,48%
Cisto ovariano	48	19,91%
Leiomioma	36	14,93%
Dor + infertilidade	25	10,37%
Dor + endometrioma	20	8,29%
Ectópica	13	5,39%
Cisto Dermoide	11	4,56%
Hidrossalpinge	9	3,75%
Infertilidade	6	2,48%
Laqueadura tubária	5	2,10%
Tumor	5	2,10%
Leiomioma+endometrioma	2	0,82%
Sangramento uterino anormal	1	0,41%
Malformação uterina + acretismo	1	0,41%
TOTAL GERAL	241	100%

As pacientes com indicações cirúrgicas por Leiomioma totalizaram 38 pacientes – 15,76%; divididas em Leiomioma com 36 pacientes e outro grupo de Leiomioma em conjunto com Endometrioma com 2 pacientes. (TABELA - 2).

As indicações cirúrgicas por Infertilidade somaram 31 pacientes (12,85%) e ficaram divididas na TABELA 2 como infertilidade 6 pacientes (2,48%) e dor pélvica associado a infertilidade com 25 pacientes (10,37%).

As aderências da endometriose não foram somadas com as aderências peritoneais (TABELA - 3), pois deixaremos para falar das aderências por endometriose quando for classificada por estágio (mínimo, leve, moderado e severo) nas TABELAS 6, 9 e 12.

Quando observamos as características epidemiológicas das pacientes submetidas as laparoscopias com história clínica de dor pélvica crônica, observou-se a idade entre 18 anos e 62 anos,

com média de 34,35 anos e a idade mais frequente foi 30 anos (TABELAS 4, 5 e 6).

TABELA 3 – Achados laparoscópicos das pacientes na em uma clínica especializada, no período Julho de 2013 a Julho de 2014.

ACHADOS LAPAROSCÓPICOS	QUANTIDADE	%
Endometriose (dor /endometrioma)	86	30,10%
Aderências	48	16,80%
Cistos	41	14,30%
Leiomioma	38	13,30%
Cisto dermoide	14	4,90%
Ectópica	13	4,50%
Hidrossalpinge	11	3,80%
Laparoscopia normal	10	3,50%
Leiomioma+endometriose	6	2,10%
Obstrução tubária	6	2,10%
Laqueadura tubária	5	1,70%
Tumor	4	1,40%
Cisto Paratubário	2	0,60%
Pseudocisto	1	0,30%
Adenomiose	1	0,30%
Útero bicorno + acretismo (aborto)	1	0,30%
TOTAL GERAL	285	100%

TABELA 4 – Antecedentes Obstétricos das pacientes com dor pélvica crônica submetidas as laparoscopias em uma clínica especializada, no período Julho de 2013 a Julho de 2014.

PARIDADE	QUANTIDADE	%
Nuligesta	91	63,64%
1 filho	24	16,78%
2 filhos	19	13,28%
3 filhos	3	2,10%
1 aborto	4	2,80%
2 aborto	2	1,40%
TOTAL GERAL	143	100%

TABELA 5 – Achados laparoscópicos das pacientes com dor pélvica crônica em uma clínica especializada no período de Julho de 2013 a Julho de 2014.

ACHADOS LAPAROSCÓPICOS	QUANTIDADE	%
Endometriose	85	50%
Aderências	36	21,17%
Leiomioma	12	7,05%
Hidrossalpinge	12	7,05%
Cisto	8	4,70%
Laparoscopia normal	7	4,11%
Tumor	3	1,76%
Cisto hemorrágico	2	1,18%
Obstrução tubária	2	1,18%
Cisto dermoide	1	0,60%
Adenomiose	1	0,60%
Pseudocisto	1	0,60%
TOTAL GERAL	170	100%

TABELA 6 – Estágio da Endometriose encontrado nas laparoscopias, das pacientes com dor pélvica crônica, de acordo com a classificação da American Society of Reproductive Medicine (1996)

ESTÁGIO	QUANTIDADE	%
Estágio I	19	22,35%
Estágio II	25	29,41%
Estágio III	26	30,60%
Estágio IV	15	17,64%
TOTAL GERAL	85	100%

As pacientes submetidas as laparoscopias com dor pélvica crônica e sem alterações ao exame de imagem ginecológica, observou-se a idade entre 18 anos a 48 anos, com média de 33,17 anos e a idade mais frequente foi 30 anos (TABELAS 7, 8 e 9).

TABELA 7 – Antecedentes Obstétricos das pacientes com dor pélvica crônica e sem alterações aos exames de imagem ginecológica, submetidas as laparoscopias em uma clínica especializada, no período Julho de 2013 a Julho de 2014.

PARIDADE	QUANTIDADE	%
Nuligesta	57	66,30%
1 filho	15	17,44%
2 filhos	9	10,46%
3 filhos	1	1,16%
1 aborto	2	2,32%
2 abortos	2	2,32%
TOTAL GERAL	86	100%

TABELA 8 – Achados laparoscópicos das pacientes com dor pélvica crônica e sem alterações aos exames de imagem ginecológica em uma clínica especializada, no período Julho de 2013 a Julho de 2014

ACHADOS LAPAROSCÓPICOS	QUANTIDADE	%
Endometriose	32	61,90%
Aderências	22	26,20%
Laparoscopia Normal	5	5,95%
Cisto	3	3,57%
Leiomioma	1	1,19%
Obstrução tubária	1	1,19%
TOTAL GERAL	84	100%

TABELA 9 – Estágio da Endometriose nas pacientes com dor pélvica crônica e sem alterações aos exames de imagem ginecológica, de acordo com a classificação da American Society of Reproductive Medicine (1996)

ESTÁGIO	QUANTIDADE	%
Estágio I	20	38,47%
Estágio II	14	26,92%
Estágio III	13	25,00%
Estágio IV	5	9,61%
TOTAL GERAL	52	100%

Quando consideramos as características das pacientes submetidas a laparoscopia com sintoma clínico de dor pélvica crônica aliado a infertilidade, encontrou-se a idade entre 27 anos e 40 anos, com média de 32,56 anos e a idade mais frequente foi 31 anos (TABELAS 10, 11 e 12).

TABELA 10 – Antecedentes Obstétricos das pacientes submetidas as laparoscopias com dor pélvica crônica aliado a Infertilidade em uma clínica especializada, no período Julho de 2013 a Julho de 2014.

PARIDADE	QUANTIDADE	%
Nuligesta	21	84%
1 filho	1	4%
2 filhos	1	4%
1 aborto	1	4%
2 abortos	1	4%
TOTAL GERAL	25	100%

TABELA 11 – Achados laparoscópicos das pacientes com dor pélvica crônica aliado a Infertilidade em uma clínica especializada, no período Julho de 2013 a Julho de 2014.

ACHADOS LAPAROSCÓPICOS	QUANTIDADE	%
Endometriose	14	56%
Aderências	8	32%
Cisto ovariano	1	4%
Mioma	1	4%
Laparoscopia Normal	1	4%
TOTAL GERAL	25	100%

TABELA 12 – Estágio da Endometriose observado nas laparoscopias de pacientes com dor pélvica crônica aliado a Infertilidade, de acordo com a classificação da American Society of Reproductive Medicine (1996)

ESTÁGIO	QUANTIDADE	%
Estágio I	8	57,15%
Estágio II	4	28,57%
Estágio III	2	14,28%
Estágio IV	0	0%
TOTAL GERAL	14	100%

DISCUSSÃO

Verifica-se que a faixa etária das pacientes, antecedentes obstétricos, as indicações cirúrgicas e os achados laparoscópicos, apresentam-se de forma bastante variada na literatura em decorrência das características de cada região e do serviço onde foi realizado o trabalho⁹.

A partir da análise da faixa etária das pacientes submetidas a Laparoscopia na clínica analisada, encontramos uma variação de faixa etária de 14 anos a 76 anos, com média de 35,81 anos, porém, quando consideramos somente as pacientes com dor pélvica crônica a faixa etária foi de 18 anos a 48 anos, com média de 33,17 anos, ou seja, paciente na menacme. Este achado é similar ao encontrado^{10,11}.

A maioria das pacientes com dor pélvica crônica que realizaram laparoscopia encontravam-se na menacme, justificado pelo fato da laparoscopia ser um procedimento amplamente indicado nos casos de patologias benignas (endometriose) e na pesquisa da infertilidade, o que é predominante nas pacientes jovens¹²⁻¹⁶.

Quanto a paridade das pacientes submetidas a laparoscopia, a grande maioria foi de pacientes nuligesta (53,54% - TABELA 1), aumentando o percentual de nuligesta quando a indicação era dor pélvica (nuligesta 63,64% - TABELA 4) e ou infertilidade (nuligesta 84% - TABELA 10). Em seguida a paciente que tiveram 2 filhos foi de 19,29% (TABELA 1). E a paciente que tiveram 1 filho 14,96% (TABELA 1). Um pequeno percentual de paciente teve 3 filhos (3,93%).

A indicação cirúrgica mais frequente das pacientes submetidas à laparoscopia foi dor pélvica crônica com 104 pacientes - 43,14%. Este achado é semelhante ao encontrado¹⁷ de 40% das laparoscopias foram por dor pélvica crônica. Ficaram a seguir os Cistos ovarianos com 48 pacientes - 19,91%. O Leiomioma foi a terceira indicação cirúrgica mais frequente com 38 pacientes - 15,76%. E na 4ª indicação cirúrgica mais frequente encontramos a Infertilidade com 31 pacientes - 12,85%. (TABELA 2) Estes achados ficaram divergentes com alguns trabalhos, devido as indicações cirúrgicas vão mudar de acordo com as características do serviço que podem ser referência em Infertilidade, serviço de dor pélvica crônica, cirurgia ginecológica ou urgência e emergência¹⁸⁻²¹.

Quando se analisou a frequência dos achados laparoscópicos cirúrgico na clínica pesquisada, verificou-se que a endometriose foi descrita em 86 pacientes (30,10%). Esse percentual está próximo da literatura pesquisada^{22,23}; E o segundo achado mais frequente foram as aderências com 48 pacientes (16,80%), em alguns trabalhos as aderências foram os achados mais encontrados, pois eles não dividiram as aderências por endometriose¹⁹; os cistos ovarianos (41 pacientes - 14,30%) foram o 3º achado mais frequente nas laparoscopias, seguida de Leiomiomas com 38 pacientes - 13,30% (TABELA 3).

Os achados mais frequentes nas laparoscopias por indicação cirúrgica de dor pélvica foi endometriose com 85 pacientes (50%), a seguir as aderências com 36 pacientes (21,17%), e em terceiro o Leiomioma com 12 pacientes correspondendo 7,05% (TABELA 5).

Quando avaliamos as pacientes com dor pélvica sem alterações patológicas aos exames de imagem ginecológica, o percentual de endometriose (61,90%) e aderências (26,20%) aumentaram (TABELA 8).

Nas laparoscopias com indicação cirúrgica de dor pélvica crônica encontraram-se normais em 4,11% (7 pacientes - TABELA 5) e quando as pacientes com dor pélvica crônica não apresentavam alterações aos exames de imagem ginecológica este percentual aumentou para 5,95% (5 pacientes - TABELA 8). Este resultado foi menor, quando comparamos com outras pesquisas que demonstraram 10% de laparoscopias normais²⁴.

As pacientes com Dor pélvica associado a Infertilidade, também tiveram na maioria dos achados laparoscópicos a endometriose (56%); seguido de aderências (32%); e cisto ovarianos, miomas e Laparoscopia Normais obtiveram 4% (TABELA 11).

A endometriose foi encontrada na maioria das laparoscopias, ao analisarmos as pacientes com dor pélvica crônica usando os critérios da American Society for Reproductive Medicine²⁵, o Estágio III foi encontrado em 30,60%; seguido pelo Estágio II com 29,41%; e o Estágio I apresentou 22,35% (TABELA 6). Mas quando observamos as pacientes com dor pélvica crônica sem alterações aos exames de imagem ginecológica, o Estágio I apresentou 38,47%; o Estágio II 26,92% e o Estágio III 25,00% (TABELA 9). Houve predominância do Estágio I, quando as pacientes tinham indicação cirúrgica somente por dor pélvica crônica não apresentando alterações aos exames de imagem ginecológica, e quando as pacientes apresentavam alterações aos exames de imagem ginecológica o estágio III foram os mais frequentes. Estes achados foram semelhantes aos encontrado²⁶. Em que as alterações ultrassonográficas são mais frequentes em pacientes com endometriose moderada a grave, já que pacientes com endometriose mínima e leve têm mais chance de ter ultrassonografia normal.

CONCLUSÃO

O perfil das pacientes submetidas as laparoscopias foram com faixa etária entre 14 anos e 76 anos, média de 35,8 anos, e 30 anos a idade mais frequente.

As pacientes com dor pélvica crônica a idade mais frequente também foi 30 anos, ou seja, paciente no menacme e nuligesta. A idade média foi de 34,3 anos, entre 18 a 62 anos.

A indicação cirúrgica principal para a laparoscopia relacionou-se a dor pélvica crônica com taxa de 43,14%. Em seguida os cistos ovarianos, leiomiomas e infertilidade.

Os achados laparoscópicos mais observados na dor pélvica crônica foram a Endometriose, seguidos por aderências, leiomiomas, hidrossalpinge e cistos ovarianos.

A endometriose foi observada em 50% das laparoscopias com indicação cirúrgica de dor pélvica crônica.

As pacientes com dor pélvica crônica apresentaram mais frequentemente a endometriose e encontravam-se em estágio III, porém, quando as pacientes apresentavam dor pélvica crônica e sem alterações patológicas aos exames de imagem ginecológica foi encontrado também a endometriose como achado laparoscópico mais frequente, no entanto, em estágio I.

- reproductive medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertil Steril*; v. 67, n. 5, p. 817-21, Maio 1997.
26. Zimmermann JB. Frequência de endometriose pélvica em pacientes submetidas à videolaparoscopia por dor pélvica crônica. *HU Revista*. Juiz de Fora, v. 36, n. 3, p. 215-221, Jul-Set 2010.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American college of obstetricians and gynecologists. Chronic pelvic pain, n. FAQ099, Ago. 2011.
2. Nogueira AA, Reis FJC, Neto OBP. Abordagem da dor pélvica crônica em mulheres. *Rev Bras Ginecol Obstet*, v. 28, n. 12, p. 733-40, 2006.
3. Silva, GP. High prevalence of chronic pelvic pain in women in Ribeirão Preto, Brazil and direct association with abdominal surgery. *Clinics*, v. 66, n. 8, p. 1307-12, 2011
4. Warren JW, Morozov V, Howard FM. Could chronic pelvic pain be a functional syndrome?. *Am J Obstet Gynecol*, n. 205, p. 199, 2011.
5. Dalpiaz O. Chronic pelvic pain in women: still a challenge. *BJU Int*, v. 102, n. 9, p. 1061-5, 2008.
6. Jarrell, JF. SOGC Clinical Practice Guidelines: Consensus Guidelines for the Management of Chronic Pelvic Pain. *J Obstet Gynaecol Can*, v. 27, n. 9, p. 869-910, 2005.
7. Howard FM. The role of laparoscopy in the chronic pelvic pain patient. *Clin Obstet Gynecol*, v. 46, n. 4, p. 749-66, 2003.
8. Yunker A. Systematic review of therapies for noncyclic chronic pelvic pain in women. *Obstet Gynecol Surv*, v. 67, n. 7, p. 417-25, 2012.
9. Coelho LSC. Prevalence and conditions associated with chronic pelvic pain in women from São Luís, Brazil. *Braz J Med Biol Res*, v. 47, n. 9, p. 818-825, Set. 2014.
10. Smith DC, Donohue LR, Waszak SJ. A hospital review of advanced gynecologic endoscopic procedures. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, USA*, v. 170, n. 6, p. 1635-42, 1994.
11. Mathias S.D. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet Gynecol*, v. 87, p. 321-7, 1996.
12. Andres MP. Endometriose é causa importante de dor pélvica na adolescência. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v. 60, n. 6, p. 560-564, Nov-Dez. 2014.
13. Brown J, Farquhar C. Endometriosis: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev* 2014, v. 3, n. CD009590, Mar. 2014.
14. Deus JM. Análise de 230 mulheres com dor pélvica crônica atendidas em um hospital público. *Rev. Dor*, v. 15, n. 3, p. 191-197, Jul-Set 2014.
15. Izzo VM. Importância da laparoscopia em ginecologia: análise de 522 casos. *Rev Bras Ginecol Obstet*, v. 7, n. 3, p. 325-35, 1984.
16. Lundberg WE, Wall JE, Mathers J. Laparoscopy in the evaluation of pelvic pain. *Obstet Gynecol*, v. 42, p. 872-876, 1973.
17. Howard FM. The role of laparoscopy in chronic pelvic pain: promise and pitfalls. *Obstet Gynecol Surv*, v. 48, n. 6, p. 357-87, Jun. 1993.
18. Bellelis P. Aspectos epidemiológicos e clínicos da endometriose pélvica: uma série de casos. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v. 56, n. 4, p. 467-471, 2010.
19. Maior, MCFS. Perfil cirúrgico da laparoscopia ginecológica em um hospital escola: série de casos. 2005. 89 F. Dissertação (Mestrado em Medicina Saúde Materno-Infantil), Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.
20. Martinato H. Videolaparoscopia ginecológica: experiência de dois anos. *Revista Científica da Associação Médica de Caxias do Sul*, v. 3, n. 2, p. 205-9, 1994.
21. Probst JZ. Laparoscopia na dor pélvica crônica da mulher: estudo de 30 casos. 1996.
22. Gelbaya TA, El-Halwagy HE. Focus on primary care: chronic pelvic pain in women. *Obstet Gynecol Surv*, v. 56, p. 757-764, 2001.
23. Kresch AJ, Seifer D, Sach LB. Laparoscopy in 100 women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol*, v. 64, p. 672-674, 1984.
24. Latthe P. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *BMC Public Health*, v. 6, p. 177, 2006.
25. American society for reproductive medicine. Revised american society for

A VISITA DOMICILIAR COMO RECURSO DE METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM

THE HOME VISIT AS A RESOURCE OF ACTIVE TEACHING-LEARNING METHODOLOGIES

ANA PAULA LINDOSO LIMA^{1,2}, LUHAN CHAVEIRO MARTINS^{1,3}, RENATA MARTINS DAYREL REZENDE^{1,4}, THAÍS GOMES ABRAHÃO ELIAS^{1,5}

Palavras-chave: *graduação médica, comunidade, metodologias ativas, visita domiciliar.*

Keywords: *medical graduation, community, active methodologies, home visit.*

RESUMO

Introdução: O curso de medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO) tem em sua estrutura pedagógica duas práticas ativas, Problem Based Learning e Problematização. Inserida nestas práticas ativas, está a Visita Domiciliar (VD) que ocorre no terceiro semestre do curso de medicina. Objetivo: Este estudo se propôs mostrar a dinâmica e o papel da VD na formação acadêmica dos estudantes de medicina. Metodologia: Utilizou-se o método descritivo para análise da importância da VD como demanda do eixo-temático Epidemiologia Analítica no módulo III, terceiro semestre do curso de medicina da PUC-GO. Nestas práticas, os acadêmicos realizam visitas mensais juntamente com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Região Noroeste de Goiânia-GO. Resultados: Este estudo evidenciou que a VD é um instrumento de compreensão do viver familiar, permitindo que os acadêmicos estejam mais próximos das famílias, podendo assim, conhecerem e interpretar o modo de vida, cultura, crenças e padrões de comportamento dos indivíduos e da comunidade. Além disso, intensifica-se a aproximação da formação médica com as reais necessidades de saúde da comunidade alvo, proximidade esta aliada ao desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes. Conclui-se, portanto, que essa dinâmica acarreta um aprimoramento nos campos da pesquisa, educação e assistência à comunidade.

ABSTRACT

The medical school at Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO) has in its pedagogical structure two active methodologies, Problem Based Learning (PBL) and Problematization. Inserted on them, is the Home Visit (VD) that occurs in the third semester of medical school. This study aimed to show the dynamics and the role of VD in medical graduation. We used the descriptive method to analyze the importance of VD at module III, third semestre, of medical school at PUC-GO. In this methodology, the academics participate in monthly visits with the Community Health Agents (CHA) in the Northwest region of Goiânia-GO. This study showed that VD is a tool for understanding the family live, allowing the students to be closer to the families, being able to know and interpret the lifestyle, culture, beliefs and behavior patterns of individuals and the community. Moreover, intensifies the approach of medical education with real health needs of the target community. The VD allowed the development of knowledge, skills and attitudes. We conclude, therefore, that this dynamic permits an improvement in the fields of research, education and service to the community.

INTRODUÇÃO

Em novembro de 2001, com a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os Cursos de Graduação em Medicina apontou-se a necessidade de uma perspectiva de assistência integral à saúde, num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência. Tentando, assim, evitar

a fragmentação do ensino e o surgimento de superespecializações precoces e, simultaneamente, estimular a ampliação da visão do estudante da área de saúde sobre o processo saúde-doença¹.

Desde sua criação, o curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO) buscou a concretização das DCN's, rompendo com o reducionismo biológico que conduz

1 Graduada pelo Departamento de Medicina da PUC-GO

2 Residente do Departamento de Clínica Médica do HC/UFG

3 Residente do Departamento de Clínica Médica do HC de Botucatu da UNESP

4 Médica em Clínica Geral

5 Residente em Otorrinolaringologia do Hospital das Clínicas de Botucatu

a separação entre determinantes psicológicos, sociais, culturais, ambientais e biológicos. Para a definição do currículo utilizou-se como referência o perfil do profissional a ser formado bem como os conhecimentos, as habilidades e atitudes a serem estimuladas e integradas durante o curso.

O projeto de reestruturação curricular foi proposto com as seguintes diretrizes: priorizar a visão holística do indivíduo; estimular o aprendizado do aluno através de casos motivadores, buscando a visão global do processo saúde-doença e sua interação social; inserir precocemente o aluno na comunidade; oferecer ao estudante a oportunidade de integrar seus conhecimentos desde o início do aprendizado ativamente em relação ao objeto de estudo e ainda promover as discussões interdisciplinares¹.

Desde o módulo I, ou seja, primeiro semestre do curso de Medicina, os acadêmicos já são inseridos em uma Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família localizada na Região Noroeste de Goiânia, Goiás. Com esta inserção precoce o contato com usuários do sistema de saúde é possibilitado evitando-se a desarticulação entre a prática e a teoria, visando a apreensão de determinantes e situações de saúde.

Esta integração com a comunidade acontece durante todo o curso, mas outra atividade curricular que merece destaque neste contexto é a realização de Visitas Domiciliares a partir do módulo III. Tal atividade promove o desenvolvimento de atitudes contextualizadas na realidade sócio-sanitária da população, contemplando ações de promoção de saúde, recuperação da saúde e qualidade de vida, em equipes multiprofissionais das Equipes da Estratégia de Saúde da Família. Além disso, contribui com a formação ético-humanista ao propiciar a formação de profissionais com uma visão holística do ser humano e apontar como fundamental a relação dos profissionais formados com os demais membros da equipe de saúde.

Neste contexto, a doença não é vista como condição individual ou fruto das determinações genéticas, como sugere a teoria monocausal da gênese da doença, mas sim dependente das características ecológicas, da estrutura epidemiológica, da dinâmica social e do contexto familiar, contemplada na teoria multifatorial².

Outra condição primordial para o cumprimento dos objetivos no curso da PUC-GO é a concordância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Baseadas nos preceitos constitucionais, as atividades curriculares são norteadas pelos seguintes princípios doutrinários: universalidade, equidade e integralidade. A universalidade consiste na garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Assim, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde e àqueles contratados pelo poder público. Portanto, a saúde é direito de cidadania e dever dos governos: municipal, estadual e federal. Já a equidade envolve a capacidade de assegurar

ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso exige, independente de onde o cidadão more, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades. Por último, a integralidade é o reconhecimento na prática dos serviços na qual cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade e as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde que também não podem ser compartimentalizadas³.

Assim, abrangendo estes princípios, merece destaque a estratégia das visitas domiciliares que oferece a visão não fragmentada do paciente o considerando um ser integral, biopsicossocial, e que deverá ser atendido com esta visão holística, voltada a promover, proteger e recuperar sua saúde. Sendo que neste caso, a família passa a ser o objeto de atuação e o indivíduo a assumir uma posição efetiva de sujeito do processo saúde-doença.

Este estudo se propôs mostrar a dinâmica e o papel da VD na formação acadêmica dos estudantes de medicina.

METODOLOGIA

Utilizou-se o método descritivo para análise da importância das Visitas Domiciliares como demanda do eixo-temático Epidemiologia Analítica no módulo III, terceiro semestre do curso de medicina da PUC-GO. Tais visitas foram realizadas na Vila Mutirão, Distrito Noroeste de Goiânia-GO.

As visitas foram quinzenais para que houvesse uma incorporação desta atividade curricular à rotina de trabalho dos profissionais de saúde que, em sua grande maioria, são agentes comunitários de saúde (ACS's), já que a presença de médicos ocorre em casos de pacientes acamados ou com impossibilidade de se dirigir a Unidade Assitência Básica Saúde da Família (UABSF).

Passou-se a ter então a formação de grupos constituídos por um ACS e no máximo três acadêmicos evitando-se, assim, a inibição dos pacientes que foram visitados. O ACS foi o agente responsável por apresentar os acadêmicos tentando minimizar, ou mesmo anular, a inibição e vergonha comum em um primeiro encontro. Além de, por ser morador daquela comunidade, aumentar a confiança dos usuários naqueles que até então eram desconhecidos.

As visitas foram feitas por um grupo que acompanhou sempre as mesmas famílias a fim de criar vínculos e formar agentes transformadores da realidade local. A rotineirização desta atividade fez com que as transformações ocorressem de forma integral, compreendendo as diferentes dimensões do ser humano (ética, econômica, política, estética e espiritual) e abrindo a possibilidade da incorporação destas na prática profissional.

A visita domiciliar permitiu ainda a aplicação do Arco de Maguerez já que, após serem capacitados em um encontro teórico semanal, os acadêmicos foram capazes de identificar casos-

-problema no território-moradia. Estimulou-se a observação de determinantes de situações de saúde reais que sensibilizassem o grupo de alunos durante o desenvolvimento de seu trabalho junto a comunidade. Cada grupo constituiu seu caso-problema, elaborado a partir do contato com pessoas da comunidade, e o encaminhou via e-mail, para o coordenador do Eixo da Comunidade do Módulo.

Em um segundo momento, o grupo de professores da comunidade reuniu todos os casos enviados pelos alunos e os apresentou aos demais professores do módulo. Ocorreu a leitura de todos os casos e somente um foi o escolhido para ser discutido em encontros semanais no Eixo Teórico Prático Integrado. O caso escolhido foi discutido com todos os professores e essa discussão não foi apresentada aos acadêmicos, pois a intenção foi que os mesmos exercitassem a habilidade de identificar os “eixos- norteadores”, apontando hipóteses de retorno exequível à comunidade.

O coordenador do ETPI enviou, via e-mail, o caso escolhido para todos os alunos, indicando o “professor-mediador” para assumir a supervisão das discussões do caso junto aos alunos. O “professor-mediador” foi indicado pela equipe dos docentes do módulo.

Por fim, em um terceiro momento, os docentes e discentes do módulo discutiram o caso-problema. Toda a abordagem foi conduzida pela equipe de alunos que identificou o caso escolhido, com a supervisão do professor-mediador. A discussão ocorreu em sessões com duração de 1 hora e 30 minutos, assim distribuídos:

- No primeiro encontro: durante 30 minutos um professor do módulo e pequeno grupo de alunos discute e problematiza o caso tendo como base conhecimentos prévios (informações e conhecimentos disponíveis nas buscas e pesquisas realizadas previamente).

- Ainda no primeiro encontro: 50 minutos são destinados para discussão ampla do caso-problema em que existe a participação do grande grupo (envolvendo todos os acadêmicos e professores do módulo), de alunos com uma discussão ampla do caso-problema. O objetivo neste momento é identificar e articular consensualmente os “eixos- norteadores”.

- 10 minutos finais um professor do módulo com pequeno grupo de alunos realiza a avaliação da sessão do CETPI do dia.

Deve-se ressaltar que a partir do segundo encontro houve pequenas alterações nas distribuições do tempo. As discussões nos pequenos e grandes grupos passaram a ter duração de 20 minutos e 60 minutos, respectivamente.

Após discutirem todos os “eixos-norteadores” estabelecidos, os alunos problematizaram a melhor estratégia de dispersão, ou seja, o melhor retorno para a comunidade com ações que possibilitassem mudanças dos casos-problema identificados no primeiro momento, definindo os responsáveis e prazos de execução dessa dispersão.

RESULTADOS

No campo de promoção da saúde, as Visitas Domiciliares têm como ações: educação em saúde; bons padrões de alimentação e nutrição; adoção de estilos de vida saudáveis; uso adequado e desenvolvimento de aptidões e capacidades; aconselhamentos específicos, como de cunho sexual, por exemplo. Assim, é possível alterar determinantes de saúde ao estimular, por exemplo, práticas de exercícios físicos, hábitos de higiene pessoal, domiciliar e ambiental e, em contrapartida, desestimular o sedentarismo, o tabagismo, o alcoolismo, o consumo de drogas e a promiscuidade sexual.⁴

Já no campo da proteção, são exemplos de ações: vigilância epidemiológica; incentivo a vacinação; vigilância sanitária; exames médicos e odontológicos periódicos, entre outros. Através da vigilância epidemiológica, são obtidas as informações para conhecer e acompanhar a saúde da comunidade e para desencadear as medidas dirigidas à prevenção e ao controle das doenças e agravos a saúde. Portanto, os acadêmicos, em parceria com os profissionais do serviço, são capazes de programar ações para controle das doenças de forma mais efetiva e resolutiva.³

Este estudo evidenciou também que a Visita Domiciliar é um instrumento de compreensão do viver familiar, permitindo que o profissional de saúde e acadêmicos estejam mais próximos das famílias, podendo assim conhecer e interpretar o modo de vida, cultura, crenças e padrões de comportamento. Além disso, intensifica-se a aproximação da formação médica com as reais necessidades de saúde da comunidade alvo, proximidade esta aliada ao desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes.⁵

Outra vantagem da visita domiciliar é possibilitar uma maior procura e acesso dos usuários às UABSE. Segundo Starfield, a atenção ao primeiro contato funciona como uma “porta de entrada” para o sistema de saúde, evidenciando para o usuário a existência de acessibilidade, ou seja, disponibilidade dos serviços de saúde e condições de acesso a estes, os quais passam a ser buscados em novas situações.⁶

A descentralização de conteúdos, com hierarquização das influências dos estudantes nos ambientes familiares, foram importantes devolutivas sociais operacionalizadas pela interação dos acadêmicos com os ACS.

Em caso de visita a pacientes com dificuldades de movimentos, cadeirantes ou acamados um médico ou enfermeiro acompanham os ACS e acadêmicos. Assim, ocorre a realização de procedimentos que poderiam ser feitos apenas por profissionais especializados. Nesses casos, a equipe é muito bem aceita pela família, por terem consciência da importância do procedimento para o progresso do paciente, pelo fato de poupar transtornos relacionados ao transporte e tempo gasto em busca de atendimento. Além desses fatores positivos, isso acaba também por diminuir a demanda nos serviços de pronto atendimento e a internação em hospitais.

CONCLUSÃO

A Visita Domiciliar quando indicada como método curricular, traz benefícios educacionais e assistenciais. No primeiro tem-se a formação de profissionais éticos, humanísticos e comprometidos com a realidade social. Estes são capazes de mudar o enfoque, priorizando não só o complexo saúde-doença, mas também a prevenção de doenças e promoção da saúde⁷.

Estando inseridos na realidade sócio-sanitária do paciente os acadêmicos passam a compreender as situações e os determinantes de saúde que envolvem o usuário do Sistema Único de Saúde da região. Afinal, tal integração, acadêmico-paciente-meio ambiente, possibilita o desenvolvimento de ações que acarretarão mudanças mais profundas e com maior resolubilidade do que restringir-se ao tratamento da doença, evidenciando um processo que vai além do simples assistencialismo médico.

Segundo Balint, o médico tem um papel importante na organização da doença do paciente funcionando como um medicamento seja ele de efeito benéfico ou de efeito prejudicial e é de extrema relevância que os acadêmicos tenham essa consciência⁸. Portanto, em relação aos benefícios acadêmicos, o fato de entrar em contato com o paciente em seu contexto sócio-cultural auxilia os alunos a adquirir a capacidade de ouvir os pacientes, não os silenciando e aprendendo a dar a devida importância à sua doença, compreendendo os reais fatores que o levaram a procurar os serviços médicos. Assim, a visita propicia uma percepção diferenciada da realidade e o acadêmico passa a ficar mais sensibilizado pela maior compreensão do contexto⁹.

Durante o curso médico, o estudante vivencia o sofrimento dos pacientes, o que tem grande carga emocional e pode acarretar graves consequências¹⁰. A atuação da Visita Domiciliar coopera com a elaboração dos sentimentos despertados nos acadêmicos ao entrar em contato com os pacientes e seus respectivos familiares. Vale ressaltar que, ao vivenciar precocemente este contato, o estudante tem oportunidade de aprender a administrar estes sentimentos e impedir que estes possam causar possíveis danos na relação acadêmico-paciente e, futuramente, médico-paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. <http://www.ucg.br/> O Curso de Medicina e Manual do Módulo III.
2. Epidemiologia e Serviços de Saúde Revista Do Sistema Único De Saúde Do Brasil 2003.12(4)181-182.
3. Ministério da Saúde. ABC do SUS – Doutrina e Princípios. 1990.
4. Mendonça MK, D'Oliveira AFPL. Licença, posso entrar? As visitas domiciliares nos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família e a integralidade. Tese doutorado medicina preventiva USP 2008.
5. Torres HC, Roque C, Nunes C. Visita domiciliar: estratégia educativa para o autocuidado de clientes diabéticos na atenção básica. Rev. enferm. UERJ 2011;19(1):89-93.
6. Ministério da Saúde. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO. 2002.
7. Ramos-Cerqueira ATA, Torres AR, Martins STF, Lima MCP. Um Estranho à Minha Porta: Preparando Estudantes de Medicina para Visitas Domiciliares. Revista Brasileira de Educação Médica 2009;33 (2):276-281.
8. Balint M. O Médico, Seu Paciente e a Doença. Atheneu, 2ª edição 2005.

9. Ramos-Cerqueira ATA, Lima MC. A formação da identidade médica: implicações para o ensino de graduação em Medicina. Interface comun saúde educ 2002;6 (11):107-116.
10. Souza FGM, Menezes Neto GC. Estresse nos estudantes de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Rev Bras Educ Med 2005;29(2):91-96.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA POPULAÇÃO GOIANA INTERNADA POR GLAUCOMA NO SISTEMA PRIVADO E PÚBLICO ENTRE OS ANOS 2008 E 2012

EPIDEMIOLOGY OF GOIAS POPULATION HOSPITALIZED FOR GLAUCOMA IN THE PRIVATE AND PUBLIC SYSTEM BETWEEN THE YEARS 2008 AND 2012

LORENA FERREIRA¹, ISABELA GOMES¹, WANDER FERREIRA¹, RODRIGO FERREIRA², BRUNA LAMOUNIER¹, FABIANNA ALMEIDA¹, GYOVANNA ALVES¹, JOÃO NASSARALLA³, MARISA NOVAES FALLEIRO CHAVES DE FIGUEIREDO RASSI⁴

Palavras-chave: Glaucoma, Goiás, Epidemiologia.

Keywords: Glaucoma, Goiás, Epidemiology

RESUMO:

Objetivo: Traçar o perfil epidemiológico dos pacientes do estado de Goiás, internados com diagnóstico de glaucoma nas redes pública e privada. **Metódos:** Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo de base populacional que considera como unidade de análise o estado de Goiás. Foram utilizadas as bases de dados do Sistema Único de Saúde (SUS), levantando o número de internações por glaucoma relacionado a sexo, faixa etária e etnia dos moradores de Goiás obtidos no site do DATASUS do MS (<http://www.datasus.gov.br>), referente aos anos de 2008 a 2012. Os dados foram organizados em planilha do programa Microsoft® Excel para posterior avaliação. **Resultados:** Entre os anos de 2008 e 2012, no estado de Goiás, foram realizadas 751 internações com diagnóstico de glaucoma. Dentre estas, 47% eram do sexo masculino, e 53% do sexo feminino. Quanto à etnia, 10,4% eram brancos, 4,1% pardos, 0,8% amarelos, 0,3% pretos e 84,4 % constavam como “sem informação”. Quanto a faixa etária, 1,7% tinham menos que 1 ano, 2,5% tinham de 1 a 9 anos, 3,6% estavam com 10 a 19 anos, 2,3% de 20 a 29 anos, 3% de 30 a 39, 9,3% de 40 a 49, 15,9% de 50 a 59, 30,3% de 60 a 69, 25,1% de 70 a 79, 6,3 com 80 anos e mais. **Conclusão:** O resultado final do trabalho apresentou uma prevalência maior de glaucoma em mulheres, em pessoas de etnia branca e pessoas em uma faixa etária entre 60 a 69 anos.

ABSTRACT

Objective: To determine the epidemiological profile of Goiás State patients admitted with a diagnosis of glaucoma in public and private health networks. **Methods:** This is a descriptive epidemiological population-based study that considers the state of Goiás as the unit of analysis. The databases of the Unified Health System (SUS) were used by raising the number of hospitalizations for glaucoma related to gender, age and race of Goiás residents, obtained in the DATASUS website of the Ministry of Health (<http://www.datasus.gov.br>), related to the years 2008 to 2012. The data were organized in Microsoft® Excel spreadsheet for further evaluation. **Results:** Between the years 2008 and 2012, there were 751 admissions diagnosed with glaucoma in the state of Goiás. Among these, 47% were male and 53% female. As for the race, 10.4% were white, 4.1% mixed race, 0.8% yellow, 0.3% black and 84.4% reported as “no information”. As for age group, 1.7% had less than 1 year, 2.5% had 1-9 years, 3.6% were 10 to 19 years old, 2.3% from 20 to 29 years, 3% from 30 to 39, 9.3% from 40 to 49, 15.9% from 50 to 59, 30.3% from 60 to 69, 25.1% from 70 to 79, 6.3% were 80 years old or older. It is clear, therefore, a prevalence in this population of women, white people and 60 to 69-year-old people, who had glaucoma. **Conclusion:** The outcome of the work presented a higher prevalence of glaucoma in females, Caucasians and 60 to 69-year-old people. This is of great importance to carry out studies that adequately characterize glaucoma in the population of Goiás and east as the prevention of such disease

1- Acadêmicos de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC)

2- Acadêmico de Medicina Universidade Federal de Goiás (UFG)

3- Professor da pós-graduação da Faculdade de Ciências da Saúde da UNB e oftalmologista do Instituto de Olhos de Goiânia – IOG.

4- Médica Oftalmologista

INTRODUÇÃO

O glaucoma é uma doença que cursa com lesão progressiva do nervo óptico e perda característica do campo visual, podendo levar à cegueira. Em decorrência da evolução insidiosa e assintomática do glaucoma nos estágios iniciais, o seu diagnóstico é, geralmente, realizado tardiamente¹.

Os principais fatores de risco para a progressão do glaucoma podem ser divididos em oculares, sistêmicos e gerais. Os principais fatores considerados “gerais” são idade, etnia, história familiar e não adesão ao tratamento, ou insucesso deste tratamento².

Apesar de poder cursar com pressões intraoculares consideradas dentro dos padrões da normalidade (glaucoma de pressão normal), a elevação da pressão intraocular é seu principal fator de risco. Trata-se de doença assintomática no início e que requer investigação pormenorizada, com exames do nervo óptico, pressão intra-ocular (PIO) e campo visual, para a confirmação do diagnóstico³.

Para diagnóstico precoce da doença é fundamental a conscientização da população e dos profissionais de saúde envolvidos no atendimento oftalmológico. Mesmo nos países desenvolvidos, estudos populacionais mostram que aproximadamente metade dos pacientes identificados com glaucoma desconhecia ser portador da doença. Considerando as condições precárias de assistência à saúde nas nações em desenvolvimento, essa situação pode ser pior em países como o Brasil¹.

É necessário o comprometimento de pelo menos 50% da camada de fibras nervosas da retina para que ocorra o início da repercussão da doença no campo visual⁽⁸⁾. O paciente, portanto, que procura o médico somente após instalação dessas alterações pode já ter sério comprometimento visual. Quanto mais cedo o diagnóstico maior a chance de manter a visão do paciente com o tratamento⁽⁸⁾. Nos atendimentos realizados diariamente em nosso serviço de referência oftalmológica observamos um grande número de pacientes diagnosticados com glaucoma já em estágio avançado⁴.

Nos países da América Latina, incluindo o Brasil, as estimativas sobre prevalência de glaucoma não são totalmente fidedignas, principalmente pela dificuldade de submeter-se uma amostra populacional significativa a todos os exames necessários para o diagnóstico da doença¹.

Estima-se que 66,8 milhões de indivíduos no mundo sejam acometidos pelo glaucoma primário de ângulo aberto (GPAA), sua forma mais prevalente, responsável por cegueira bilateral em 10%. No Brasil, apesar das dificuldades em obtenção de dados, estima-se que 500 mil brasileiros com idade acima de 40 anos apresentem glaucoma⁵

MÉTODOS:

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo de base populacional que considera como unidade de análise o estado de Goiás. Foram utilizadas as bases de dados do Sistema Único de

Saúde (SUS), levantando o número de internações por glaucoma relacionado a sexo, faixa etária e etnia, dos moradores de Goiás obtidos no site do DATASUS do MS (<http://www.datasus.gov.br>), referente aos anos de 2008 a 2012. Os dados foram organizados em planilha do programa Microsoft® Excel para posterior avaliação.

RESULTADOS

Entre os anos de 2008 e 2012, no estado de Goiás, foram realizadas 751 internações com diagnóstico de glaucoma. Dentre estes, 47% eram do sexo masculino, e 53% do sexo feminino. Quanto à etnia, 10,4% eram brancos, 4,1% pardos, 0,8% amarelos, 0,3% pretos e 84,4 % constavam como “sem informação”. Quanto a faixa etária, 1,7% tinham menos que 1 ano, 2,5% tinham de 1 a 9 anos, 3,6% estavam com 10 a 19 anos, 2,3% de 20 a 29 anos, 3% de 30 a 39, 9,3% de 40 a 49, 15,9% de 50 a 59, 30,3% de 60 a 69, 25,1% de 70 a 79, 6,3 com 80 anos e mais. Percebe-se, assim, uma prevalência na população estudada de mulheres, brancos*, com 60 a 69 anos, que tiveram glaucoma.

DISCUSSÃO

Em nosso estudo, predominou o sexo feminino(53%).Ao comparar o perfil epidemiológico do Brasil com outros países, encontramos um obstáculo porque, no Brasil, a falta de dados estatísticos e epidemiológicos confiáveis dificulta a avaliação real da extensão dos problemas visuais da nossa população.

Analisando os dados levantados, observamos que 29,50% da população avaliada foi considerada suspeita, com discreta predominância do sexo feminino (51,38%). Esse dado corrobora com diversos estudos (6,7,8). Em estudo transversal retrospectivo realizado por Salai et al. (6), em análise de 100 pacientes sobre epidemiologia de glaucoma no Hospital Universitário de Santa Catarina (HU-UFSC), houve predominância do sexo feminino (59%). Silva et al. (7) em estudo transversal com 146 pacientes do Setor de Glaucoma do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) também encontraram esse padrão, com 52,7% e 47,3% de mulheres e homens, respectivamente.

Assim como Demarco et al. (8) em estudo feito com 100 pacientes que compareceram no setor de glaucoma do Hospital de Base de São José do Rio Preto, São Paulo, onde encontraram 58% de pacientes femininos.

Os dados utilizados para esta avaliação vêm da OMS e não são originados de estudos epidemiológicos de base populacional local como é feito em alguns países desenvolvidos. Segundo a OMS, existem no Brasil, cerca de um milhão de portadores de glaucoma. Nos Estados Unidos, 2,25 milhões de pessoas maiores de 45 anos têm glaucoma. O glaucoma representa a segunda maior causa de cegueira na sua população geral (11,1%) e a principal causa de cegueira na população negra.

CONCLUSÃO

O resultado final do trabalho apresentou uma maior prevalência de glaucoma em pessoas do sexo feminino, etnia branca e em uma faixa etária entre 60 a 69 anos. A prevalência do glaucoma aumenta com a idade. Em nosso estudo, observamos que a população acima de 60 anos foi a mais comumente acometida. Continua sendo controversa a diferença em relação ao sexo na prevalência do glaucoma.

Considerando a importância do glaucoma como segunda causa de cegueira no mundo é de grande importância a realização de estudos que caracterizem adequadamente o glaucoma em nossa população e a oriente quanto à prevenção de tal doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Póvoa CA, Prevalência de glaucoma identificada em campanha de detecção em São Paulo, Arq Bras Oftalmol 2001;64:303-7.
2. Silva LR, Fatores relacionados à fidelidade ao tratamento do glaucoma: opiniões de pacientes de um hospital universitário: Arq Bras Oftalmol. 2010;73(2):116-9
3. Urbano AP, Freitas TF, Arcieri ES, Urbano AP & Costa VP : Avaliação dos tipos de glaucoma no serviço de oftalmologia da UNICAMP. Arq Bras Oftalmol. 2003;66(1):61-5
4. Gonçalves MR, Análise dos fatores de risco e epidemiologia em campanha de prevenção da cegueira pelo glaucoma em João Pessoa, Paraíba, Rev Bras Oftalmol. 2013; 72(6):396-9
5. Ramalho CM, Ribeiro LN, Olivieri LS, Silva JA, Vale TC & Duque W: Perfil socioeconômico dos portadores de glaucoma no serviço de oftalmologia do hospital universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora - Minas Gerais - Brasil. Arq Bras Oftalmol. 2007; 70(5): 809-13.
6. Salai AF, Souza TT, Netto AA, Oliveira LS, Shimono CT, Cunha RD. Perfil clínico epidemiológico de pacientes com glaucoma encaminhados ao serviço de oftalmologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Arq Catarin Med. 2011;40(3):37-42.
7. Silva MJ, Temporini ER, Neustein I, Araújo ME. Conhecimentos sobre prevenção e tratamento de glaucoma entre pacientes de unidade hospitalar. Arq Bras Oftalmol. 2004;67(5):785-90.
8. Demarco AL, Rodrigues ML, Demarco LA. Perfil oftalmológico de pacientes ingressantes no setor de glaucoma de um serviço universitário. Medicina (Ribeirão Preto) 2002;35(4):478-86.
9. Oliveira A, Paranhos Jr A & Prata Jr J: Características dos pacientes atendidos pela primeira vez no Setor de Glaucoma da Universidade Federal de São Paulo. Arq Bras Oftalmol. 2003; 66(6): 785-90.

DISTRIBUIÇÃO DA MORTALIDADE POR CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NA REGIÃO CENTRO-OESTE DE 1991 A 2012

MORTALITY DISTRIBUTION FOR CERVICAL CANCER IN MIDWEST REGION OF BRAZIL FROM 1991 TO 2010

NATÁLIA CARASEK MATOS CASCUDO¹, LHUANNA MÁRIA BARBOSA TEIXEIRA¹,
KARIME ORTIZ FUGIHARA IWAMOTO¹, NATHALLYA MARQUES DA SILVA¹, CAROLINA DIAS DE ARAÚJO E SILVA²

Palavras-chave: Neoplasias, Colo do Útero, Mortalidade, Teste de Papanicolaou, Região centro-oeste do Brasil.

Keywords: Neoplasms, Cervix Uteri, Mortality, Papanicolaou test, Midwest region of Brazil.

RESUMO:

OBJETIVO: Analisar a evolução da mortalidade do câncer de colo de útero na região Centro-oeste comparando-a às demais regiões do país, entre as décadas de 1990 e 2010, bem como a situação no período de 2010 a 2012 e a evolução da realização do exame preventivo (Papanicolaou).

MÉTODOS: Estudo correlacional realizado com dados de mortalidade por câncer do colo do útero, da região Centro-oeste, do período de 1991 a 2012, obtidos através do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e da base de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Também foram utilizados dados de realização do exame Papanicolaou, segundo região, baseado em dados do Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). O cálculo das taxas de mortalidade e de realização dos exames foi realizado a partir dos dados populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE).

RESULTADOS: Verificou-se que a taxa de mortalidade por câncer de colo de útero na região Centro-oeste aumentou entre as décadas de 1990 e 2012, assim como na maioria das regiões (exceto Sul e Sudeste). Verificou-se ainda, na realização do Papanicolaou, que a região Centro-oeste oscila entre a 4ª e a 3ª colocações na realização da prevenção entre as regiões, de 2010 a 2012.

CONCLUSÃO: Os desafios na luta contra este câncer devem ser superados. Mudar este cenário requer medidas de educação continuada dos profissionais e da população, ressaltando a importância da prevenção, além da melhoria das medidas que já vem sendo tomadas, como o Papanicolaou.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the mortality from cervical cancer in the Midwest region of Brazil, comparing it to other regions of the country, in the period from 1991 to 2010, as well as its situation in 2010-2012 and the progress in implementing the Pap smear test.

METHODS: Correlational study using data of mortality from cervical cancer, in the Midwest region, from 1991 to 2012, obtained from the Mortality Information System (SIM) and the Database of SUS informatics department (DATASUS). Data concerning Pap smear test, was also used, according to region, based on data from National Institut of Cancer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Mortality rates and data of examinations concerning the brazilian population were obtained from the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) and used in further calculation.

RESULTS: It was found that the death rate from cervical cancer in the Midwest region increased between the 1991 and 2012, as well as in other regions except South and Southeast. It was also verified that the Midwest region oscillates between the 4th and the 3rd positions in the implementation of Pap smear prevention among states from 2010 to 2012.

CONCLUSION: The challenges involved in the struggle against cancer must be overcome. Changing this setting requires continuing education measures for professionals and for the general public, emphasizing the importance of prevention and also the improvement of the measures already in course, such as the Pap smear, must be considered.

INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero é o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo a quarta causa de morte entre mulheres do Bra-

sil, no período estudado. Segundo o INCA, há 530 mil novos casos por ano no mundo e 265 mil óbitos por ano de mulheres acometidas por este câncer. No ano de 2012, esta neoplasia foi a terceira causa de morte

1. Acadêmicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás

2. Mestre em Saúde Coletiva pelo NESC/UFG. Professora Substituta do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás. Professora do Departamento de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás e da Faculdade de Medicina da UFG. Supervisora geral do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade pela Santa Casa de Misericórdia de Goiânia.

por câncer entre as mulheres, levando à taxa de 4,72 óbitos/100.000 mulheres (taxa de mortalidade ajustada para a população mundial).¹

A incidência e a mortalidade do câncer do colo do útero são diferentes entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Países europeus, Estados Unidos, Canadá, Japão e Austrália apresentam as menores taxas, enquanto que países da América Latina e regiões da África apresentam altos valores de incidência e mortalidade. O Brasil encontra-se intermediário entre os países em desenvolvimento e com taxas bem mais altas do que as encontradas nos países desenvolvidos, apresentando o número de 4.800 mortes anuais, segundo o INCA. A região Centro-oeste apresenta a segunda maior incidência, com taxas de 22,2 casos /100.000 mulheres¹

O câncer do colo do útero está associado à infecção persistente pelo vírus HPV (corresponde a 90% dos casos)² e é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o estroma e podendo disseminar-se para outros tecidos e órgãos.¹ São fatores de risco para o desenvolvimento deste câncer: iniciação sexual precoce, multiplicidade de parceiros, tabagismo, multiparidade, aspectos relacionados à infecção pelo HPV e fatores relacionados ao próprio indivíduo (imunidade, genética).²

Trata-se de um câncer evitável, que apresenta lesões precursoras com bom prognóstico, caso haja diagnóstico precoce e tratamento adequado. O diagnóstico precoce é possível pela realização do exame preventivo para câncer do colo do útero, o exame colposcópico (Papanicolaou), que consiste em um procedimento simples e de baixo custo, que permite a detecção de alterações em fases pré-malignas. O exame é indicado para mulheres que já iniciaram a vida sexual, na faixa etária dos 25 aos 64 anos, com periodicidade anual inicialmente, e trienal quando dois exames seguidos tiverem resultado negativo.³

O Brasil, apesar de ter sido um dos países precursores na utilização do Papanicolaou no diagnóstico do câncer, ainda apresenta taxas de mortalidade elevadas, sendo esse um problema de saúde pública. Contribuem para as altas taxas a cobertura insatisfatória do Papanicolaou no país, a qualidade dos exames realizados (pesquisas mostram que em alguns locais a sensibilidade do exame não corresponde à esperada) e o estadiamento avançado no qual as mulheres têm sido diagnosticadas com câncer do colo de útero, refletindo um problema no acesso ao serviço de saúde em alguns locais do país.⁴

Devido à importância epidemiológica do câncer do colo do útero e do seu caráter preventivo, o objetivo deste estudo foi analisar a evolução da mortalidade do câncer de colo de útero na região Centro-oeste e as demais regiões do país, no período de 2010 a 2012, bem como a realização do Papanicolaou, a partir da análise dos dados disponibilizados no DATASUS.

METODOLOGIA

Estudo correlacional de série temporal de mortalidade por câncer do colo do útero, na região Centro-oeste, baseado nas informa-

ções sobre mortalidade, no período de 1991 a 2012, obtidas através do SIM e pesquisadas na base de dados da página do DATASUS. O DATASUS é um órgão da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde com a responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre saúde (tais como indicadores de saúde, assistência à saúde, informações epidemiológicas e de morbidade, informações sobre a rede de assistência à saúde, estatísticas vitais, informações demográficas e socioeconômicas).

No estudo, foram incluídos o total de óbitos por câncer de colo de útero, segundo localidade, em mulheres, da região Centro-oeste do Brasil, da qual fazem parte os estados de Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, com faixa etária de 15 a 99+, por cor/raça, entre 2010 e 2012, bem como a realização do Papanicolaou, a partir dos valores absolutos em maiores de 15 anos, disponibilizados no DATASUS para o mesmo período.

As informações relativas à população da região Centro-oeste foram obtidas no banco de dados do IBGE do censo de 2010, segundo faixa etária e sexo, e das estimativas populacionais dos anos intercensitários.

Com base nessas informações, foram calculadas as taxas brutas de mortalidade por câncer do colo do útero ajustadas por faixa etária por 100.000 mulheres, para cada ano (1991, 2000 e 2010).

Para análise de tendência, foram feitas comparações entre as taxas de mortalidade em cada ano na região Centro-oeste. Além disso, foram relacionados os resultados relativos à mortalidade aos resultados relativos à realização do exame preventivo, e posteriormente, foram feitas comparações entre as relações obtidas na região Centro-oeste e as outras regiões do país.

Este estudo foi realizado a partir de fontes de dados secundários, disponíveis para pesquisa pública, não sendo, portanto, submetido a nenhum Comitê de Ética.

RESULTADOS

A taxa de mortalidade por Neoplasia Maligna de colo de útero, por região no período de 1991 a 2010 é demonstrada na Figura 1, na qual percebe-se um aumento na região Centro-oeste.

Foi observado que a região Centro-Oeste apresentou 1.190 óbitos por câncer do colo do útero, durante 2010 a 2012. A faixa etária com maior número de óbitos, durante o período analisado, na região Centro-Oeste, foi de 50 a 59 anos, com 274 óbitos (23%) por esta causa específica.

Dos 1.190 óbitos de toda a região Centro-Oeste, foram verificados 487 óbitos no estado de Goiás (aproximadamente 40,9%). A maior frequência de óbitos por esta causa específica se concentra na faixa etária entre 50 a 59 anos, 110 óbitos (22,6%).

Dos óbitos da região Centro-Oeste, observa-se uma maior concentração entre mulheres da cor/raça parda, conforme demonstrado na Figura 2.

Quanto à quantidade de exames Papanicolaou (citopatológicos cérvico-vaginal), realizados entre 2010 e 2012, observa-se que na região Centro-Oeste foram realizados 2.153.350 exames, sendo que 716.192 (33,35%) exames correspondem ao estado de Goiás (Tabela 1). Estes dados, quando correlacionados com a população feminina por região, acima de 15 anos, mostrou que a cobertura do exame na região centro-oeste representou uma porcentagem média de aproximadamente 13,14%. O comparativo entre todas as regiões do Brasil, por ano, durante o período pode ser observado na tabela 1.

DISCUSSÃO

A neoplasia de Colo de Útero se destaca como o terceiro tumor mais frequente na população feminina, atrás do câncer de mama e do colorretal, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. E ainda, é possível observar por meio dos resultados apresentados que a neoplasia maligna do colo do útero tem íntima relação com a faixa etária, região da residência e raça/cor.

Analisando-se o período de duas décadas que compreende de 1991 a 2010, observou-se um aumento da mortalidade pela Neoplasia de Colo de Útero na região centro-oeste, segundo a tendência das demais regiões, exceto sul e sudeste, que apresentaram baixa nessa estatística entre 2000 e 2010. Este resultado pode indicar uma melhoria no controle da morbimortalidade por esta doença nestas regiões do país, mas ainda não foi atingida pelas demais regiões, incluindo a Centro-oeste.

Entre os anos de 2010 a 2012 registrou-se 1190 mortes por câncer de colo de útero na região Centro-Oeste, sendo que 23% dos casos (274 óbitos) correspondem à faixa etária entre 50 a 59 anos. Refletindo a realidade nacional, em que nesse mesmo período, 22,6% dos casos de óbitos por essa neoplasia estavam na faixa etária apresentada. A média de idade no momento do diagnóstico de mulheres com pré-câncer em muitos países que realizam a triagem é de aproximadamente 30 anos, enquanto a idade média das mulheres com cânceres invasivos é para as idades maiores que 40 anos ou mais, o que sugere um momento permanência média de longo no estado pré-câncer. Tal fato pode estar relacionado às infecções por HPV, pois em mulheres com menos de 30 anos registram-se espontaneamente, ao passo que acima dessa idade a persistência é mais frequente.⁵

Neste estudo, observou-se maior número de óbitos em mulheres da cor/raça parda. Tendência similar foi observada nas demais regiões, exceto na região Sul e na região Sudeste, onde predominaram óbitos em mulheres da cor/raça branca. Esse resultado vem ao encontro do obtido por Fonseca et al (2010), em que o maior número de casos diagnosticados foi em mulheres de cor/raça parda (50% da amostra),⁶ mas é contrário ao resultado encontrado por Calazan et al (2008), que aponta maior incidência em mulheres de cor/raça branca.⁷ As diferentes incidências entre as raças podem estar relacionadas às desigualdades socioeconômicas e no acesso à rede de saúde, não havendo relação biológica para esses resultados.

De acordo com os dados analisados neste estudo, na região Centro-oeste, o exame preventivo foi realizado em cerca de 13,14% da população, enquanto a região Sul apresentou maior porcentagem de testes Papanicolaou (14,62%) e a Região Norte registrou os menores números (10,82%). Assim, tornam-se evidentes muitos desafios na luta contra o câncer de colo de útero. Dentre eles destacam-se: a iniquidade do acesso às redes de saúde, condicionada pela heterogeneidade das condições socioeconômicas; a qualidade dos serviços preventivos prestados, que nem sempre é satisfatória; a falta de consolidação das políticas públicas voltadas para a mulher, visando prevenção e detecção precoce; e a falta de moradia própria e definitiva, que dificulta a convocação das mulheres para a realização de exames periódico.⁸

CONCLUSÃO

No estudo realizado verificou-se que a taxa de mortalidade por câncer de colo de útero nas mulheres da região Centro-oeste aumentou entre as décadas de 1990 e 2010, assim como as demais regiões, exceto Sul e Sudeste. No entanto, a região Centro-oeste manteve-se em 2º lugar dentre as 5 regiões do país durante o período analisado (1991-2010). Verificou-se ainda, na realização do Papanicolaou entre as mulheres, que a região Centro-oeste oscila entre a 4ª e a 3ª colocações na realização da prevenção, correlacionando-a com o número de habitantes de cada região; estando entre os extremos superior e inferior, respectivamente, Sul e Norte.

No período de 2010 a 2012 registrou-se um total de 1190 mortes por câncer de colo de útero na região Centro-Oeste, sendo que destes, 23% dos casos correspondem à faixa etária entre 50 a 59 anos.

A neoplasia de colo de útero é um expressivo problema de saúde. Está intimamente ligada aos hábitos de vida sexual das mulheres e à frequência de realização do exame preventivo. O cenário atual indica a necessidade de integralizar a atenção à saúde da mulher pela ampliação da oferta do Papanicolaou, estendendo seus benefícios para todas as mulheres, independentemente de sua situação maternal ou experiência conjugal.⁹

Dentre as causas do câncer do colo de útero, a participação do vírus HPV não deve ser negligenciada. Assim, espera-se que o Ministério da Saúde permaneça atento e busque a implantação de políticas públicas voltadas para a prevenção e tratamento precoce das infecções causadas por este vírus.

Para modificar o atual cenário da neoplasia no país, é importante a adoção de medidas como a educação continuada dos profissionais de saúde integrada à educação da população, visando o reconhecimento da importância da prevenção.¹⁰ Além disso, tendo em vista a premissa da Estratégia Saúde da Família de funcionar como porta de entrada do sistema de saúde pública, é fundamental que os gestores intervenham mediante ao monitoramento e avaliação, visando a melhoria da atenção à saúde prestada. Igualmente indispensável é o aumento da cobertura da triagem e a conscientização popular sobre

a sua importância. A detecção precoce melhora significativamente o prognóstico das mulheres acometidas pela doença e permite um aumento na taxa de êxito do tratamento.⁹

Tabela 1 - Quantidade de exames citopatológicos cérvico-vaginal realizados segundo Região no período de 2010 a 2012

Região	2010		2011		2012	
	Quantidade de Exames	Percentual da População	Quantidade de Exames	Percentual da População	Quantidade de Exames	Percentual da População
Norte	603.162	11,11%	630.475	11,45%	553.282	9,90%
Nordeste	2.865.043	14,15%	2.451.527	12,02%	2.621.521	12,75%
Sudeste	4.759.373	14,55%	4.878.579	14,80%	4.719.981	14,22%
Sul	1.652.995	15,01%	1.604.042	14,47%	1.603.471	14,38%
Centro-Oeste	752.314	13,96%	720.923	13,20%	677.163	12,25%
Total	10.632.887	14,22%	10.285.546	13,64%	10.175.418	13,39%

Figura 1- Taxa de Mortalidade por Neoplasia Maligna de colo de útero, por região no período de 1991 a 2010, ajustadas por 100.000 mulheres

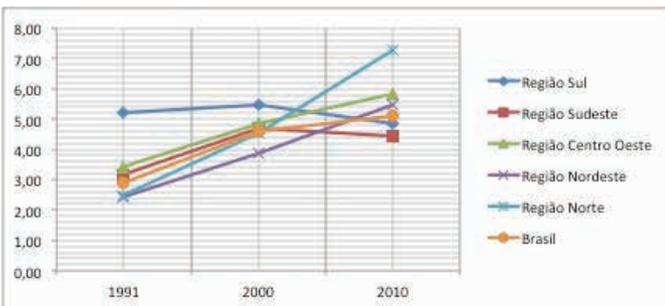
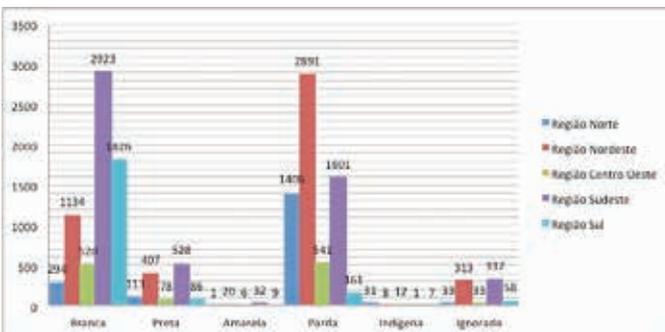


Figura 2 - Óbitos por Neoplasia maligna do colo do útero, por residência, por Cor/Raça, segundo Região no período de 2010 a 2012



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Câncer (BR). Controle do Câncer do Colo do Útero. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/conceito_magnitude>. Acesso em: 24/11/2014.
2. Santana CKLSL, Rezende SRF, Manrique EJC. Tendência de Mortalidade por Câncer do Colo do Útero no Estado de Goiás no Período de 1989 a 2009. Revista Brasileira de Cancerologia 2013; 59(1): 9-16.
3. Borges MFSSO, Dotto LMG, Koifman RJ, Cunha MA, Muniz PT. Prevalência do exame preventivo do colo do útero em Rio Branco, Acre, Brasil e fatores associados à não-realização do exame. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2012 jun, 28(6): 1156-1166.
4. Thuler LCS. Mortalidade por Câncer do Colo do Útero no Brasil. [Editorial] Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria 2008; 30 (5): 216-8.
5. Instituto Nacional do Câncer (BR). HPV e Câncer – Perguntas mais frequentes. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=2687>. Acesso em: 24/11/2014.
6. Fonseca AJ, Ferreira LP, Dalla-Benetta AC, Roldan CN, Ferreira MLS. Epi-

demologia e Impacto econômico do câncer do colo do útero no estado de Roraima: a perspectiva do SUS. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria 2010; 32 (8): 386-92.

7. Calazan C, Luiz RR, Ferreira I. O Diagnóstico do Câncer do Colo Uterino Invasor em um Centro de Referência Brasileiro: Tendência Temporal e Potenciais Fatores Relacionados. Revista Brasileira de Cancerologia 2008; 54 (4): 325-331.
8. Zapponi ALB, Melo ECP. Distribuição da mortalidade por câncer de mama e de colo de Útero segundo regiões Brasileiras. Revista de enfermagem. UERJ, Rio de Janeiro, 2010 out/dez; 18 (4): 628-31.
9. Albuquerque KM, Frias, PG, de Andrade CLT, Aquino EML, Menezes G, Szwarcwald CL. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009, 25 Sup 2:S301-S309.
10. Brenna SMF, Hardy E, Zeferino LC, Namura I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009 jul/ago, 17 (4): 909-914.

PREVALÊNCIA DE PÓLIPOS EM HISTEROSCOPIAS AMBULATORIAIS

THE PREVALENCE OF ENDOMETRIAL POLYPS IN OUTPATIENT HYSTEROTOPICS PATIENTS

LORENA MACHADO DE SOUZA LOURENÇO¹, RUI GILBERTO FERREIRA², WALDEMAR NAVES DO AMARAL², LÍVIA MARIA OLIVEIRA SALVIANO³, RICARDO PEREIRA MAROT³, VALDIVINA ETERNA FALONE⁴

Palavras-chave: Pólipos. Histeroscopia. Procedimentos ambulatoriais. Endométrio. Patologias

Keywords: Polyps. Hysteroscopy. Outpatient procedures. Endometrium. Pathologies.

RESUMO:

OBJETIVO: avaliar a prevalência de pólipos endometriais. **METODOLOGIA:** foi realizado um estudo retrospectivo, transversal, analítico descritivo, do registro de 1.150 histeroscopias ambulatoriais realizadas no período de junho de 2013 a junho de 2014 na Clínica Fértil em Goiânia – GO. O exame foi realizado com histeroscópio de 4 mm e histerodistensão com gás carbônico e/ou soro fisiológico. As variáveis analisadas foram as indicações e os achados histeroscópicos ambulatoriais. **RESULTADOS:** Com relação aos achados, 49,3% foram de pólipos, espessamento endometrial foi identificado em 25,6% das pacientes e outras patologias contribuíram com 32%. **CONCLUSÃO:** a prevalência de pólipos endometriais nas histeroscopias ambulatoriais avaliadas foi de 51,59%.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To evaluate the prevalence of endometrial polyps. **METHODS:** We performed a retrospective, cross-sectional descriptive analytical study, of 1,150 outpatient hysteroscopy reports that were carried out from June 2013 to June 2014 in the Fertile Clinic in Goiania - GO. The examination was performed with a hysteroscope of 4 mm and hystero stent with carbon dioxide and / or saline. The variables analyzed were the indications and outpatient hysteroscopic findings. **RESULTS:** The main indications for the procedure was endometrial polyps (37.6%), 6.3% due to abnormal uterine bleeding and 5.3% were because of fibroids. With respect to the findings, 49.3% were polyps, endometrial thickness was identified in 25.6% of patients and other diseases contributed 32%. **CONCLUSION:** The prevalence of endometrial polyps in outpatient hysteroscopy evaluated was 51.59%.

INTRODUÇÃO

Pólipo é um termo clínico aplicável a qualquer formação, sésil ou pediculada, que faça relevo a partir da área de implante em relação à superfície adjacente, independentemente de sua estrutura histológica. O termo pólipo endometrial (PE), mais específico, designa a formação polipoide que reproduz total ou parcialmente o endométrio. A estrutura microscópica dos pólipos endometriais é constituída por glândulas e estroma, com alguma diferença baseada no tipo funcional ou não funcional do epitélio¹.

O pólipo se constitui da neoformação da mucosa uterina dando origem a uma hiperplasia focal na camada basal localizada nas mucosas glandulares uterinas. Ele é visto em alguns casos em que o endométrio é imaturo ou fora de fase como tendo glândulas irregulares que se tornam pouco responsivas à progesterona, logo, sofrendo ação continua dos estrógenos.

O sangramento uterino anormal (SUA) é o sintoma mais comum de pólipo endometrial. Em mulheres com tal sangramento

1. Pós-graduanda em Videohisteroscopia, pela Schola Fértil em parceria com a UniEvangélica
2. Professor Adjunto da FM/UFG
3. Graduando da FM/UFG
4. Fisioterapeuta da Clínica Fértil

a prevalência de pólipos endometriais varia de 13% a 50%. A patogênese original não está completamente compreendida; no entanto, os pólipos endometriais são implicados como um fator de risco para o desenvolvimento de hiperplasia endometrial e câncer. A prevalência de doença maligna em pólipos endometriais varia girando em torno de 1% a 3%².

Os pólipos endometriais são a grande causa de sangramento irregular, intermenstrual e menorragia, ou podem ser assintomáticos. Eles podem originar-se de um adenoma presente na parte basal do endométrio, aparecer na cavidade uterina e estar recoberto por uma camada de endométrio. As alterações proliferativas e hiperplásicas decorrentes da resposta do endométrio aos estrogênios endógenos ou exógenos sem a ação da progesterona vêm a se manifestar através do sangramento uterino considerado anormal desenvolvendo diversos quadros histopatológicos que variam da atrofia ao câncer, destacando-se o pólipo endometrial.

Do ponto de vista clínico, eles são estruturas benignas que não denotam por si só qualquer processo patológico específico. O termo designa crescimento focal e circunscrito da mucosa endometrial a partir da camada basal que causa uma protrusão para a luz da cavidade uterina, podendo assumir forma séssil ou pediculada³. Acredita-se que o ambiente hormonal, pela presença de estrogênios, teria papel na etiologia dos pólipos⁴.

As pacientes com pólipos endometriais são assintomáticas em até 80% dos casos, principalmente na pós-menopausa e podem ter como único achado ocasional um espessamento endometrial, geralmente focal, à ultrassonografia transvaginal e quando sintomático, a manifestação clínica mais comum é o sangramento uterino anormal e no período reprodutivo é a presença da infertilidade⁵.

Em muitos países, a USTV é o exame ginecológico padrão e histerossonografia (SIS) é muitas vezes realizada se houver suspeita de lesões intrauterinas de massa. Como consequência do uso generalizado da USTV, mais pólipos endometriais estão sendo diagnosticados incidentalmente em mulheres assintomáticas. Entretanto, as consequências clínicas, as taxas de regressão espontânea e de transformação maligna dos pólipos endometriais incidentalmente diagnosticados são desconhecidas. Embora a ressecção histeroscópica de pólipos endometriais seja um procedimento relativamente seguro, ele carrega o risco de complicações e morbidade pós-operatória².

Deve-se salientar que o caráter benigno dessas formações faz com que, frequentemente, elas não sejam relatadas, o que dificulta uma real avaliação da incidência. Acredita-se que a prevalência da doença aumenta após a menopausa como consequência do envelhecimento e não das alterações diretamente resultantes da falência ovariana ou da interrupção dos ciclos menstruais⁶.

A ocorrência de pólipos não está limitada a nenhum período etário, podendo ser encontrada em crianças, apesar de tal ocorrência ser extremamente rara, mas a maior incidência ocorre com o avançar da idade⁷.

A classificação morfológica dos pólipos endometriais através da histeroscopia se dá em pólipos mucosos e fibrosos. Os primeiros podem ser sésseis ou pediculados, maiores que 1 (um) cm, móveis, possuem aparência similar ao endométrio circundante e são, frequentemente, congestos, únicos ou múltiplos. Os segundos são usualmente pediculados, móveis e maiores que 1 (um) cm, sua superfície é lisa, pobremente vascularizada e não se identificam orifícios glandulares, são únicos ou múltiplos e têm dificuldade em deformar-se com a pressão da ponta do histeroscópio⁸.

Os pólipos endometriais apresentam volume e comprimento variando de 2 (dois) a 4 (quatro) cm e podem vir a sangrar com certa facilidade. Eles podem ser classificados em: pólipos hiperplásicos, atróficos, funcionais, endometriais – endocervicais, adenomiosomatosos, adenomiosomatóides e pseudopólipos.

O padrão ouro para o diagnóstico das patologias da cavidade endometrial é a histeroscopia que tem a vantagem da visualização direta de toda a cavidade uterina e do endométrio permitindo a realização da biópsia sob visão, na maioria das vezes em ambiente ambulatorial. Diante do exposto, o objetivo do presente artigo foi identificar as indicações e verificar a prevalência de pólipos endometriais em mulheres submetidas à histeroscopia ambulatorial.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo retrospectivo, transversal, analítico, descritivo, do registro de 1.150 histeroscopias ambulatoriais das pacientes encaminhadas para o procedimento e que foram realizadas no período de junho de 2013 a junho de 2014 em uma clínica especializada de Goiânia – GO. Os critérios de inclusão foram a presença nos prontuários das indicações para o procedimento e o laudo da histeroscopia. Os critérios de exclusão foram a não presença, nos prontuários, dos dados completos das pacientes. Portanto, dos prontuários avaliados, 51 foram excluídos por falta de dados.

O exame foi realizado com ótica de 4 mm e histerodistensão com gás carbônico e/ou solução fisiológica, na maioria das vezes sem uso de anestésico local ou dilatação do colo uterino com velas de Hegar e sem uso prévio de medicação analgésica e/ou antiespasmódica.

RESULTADOS

O gráfico 1 apresenta a distribuição das indicações das histeroscopias ambulatoriais realizadas e evidencia que 567 ou 49,30% foram de pólipo endometrial:

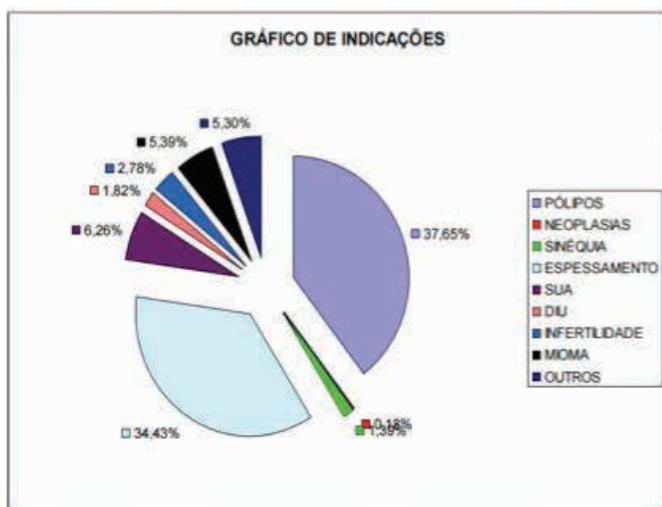


Gráfico 1: Indicações de Histeroscópias Ambulatoriais na clínica especializada de Goiânia – GO no período de junho de 2013 a junho 2014

As outras indicações para as histeroscópias ambulatoriais estão descritas na tabela 1.

O gráfico 2 apresenta a distribuição dos resultados histeroscópicos após a realização do procedimento.



Gráfico 2: Achados de histeroscopia ambulatorial na clínica especializada de Goiânia – GO, no período de junho de 2013 a junho 2014

DISCUSSÃO

Mais de 1/3 (um terço) das histeroscópias ambulatoriais avaliadas tiveram como indicações o Pólipo Endometrial e o outro 1/3 (um terço) o Espessamento Endometrial. Esses dados estão de acordo com os estudos realizados pela Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Minas Gerais publicados em 2012. O pólipo endometrial foi encontrado em mais da metade das pacientes estudadas, seguido de espessamento endometrial e cavidade endometrial normal. Em 17,13% das pacientes a cavidade endometrial estava normal e isso pode ter ocorrido devido à falta de critério de avaliação da espessura endometrial prévia pela ultrassonografia. Em 51 pacientes não foi possível realizar o procedimento e os principais motivos foram a dor, estenose cervical e o reflexo vaso vago.

Indicação	N	%
Adenomiose	1	0,09 %
Anomalia uterina	8	0,69 %
Ascus	1	0,09 %
Avaliação	3	0,26 %
Avaliação sem indicação	14	1,22 %
Ca de mama	1	0,09 %
Calcificação	1	0,09 %
Dor abdominal	1	0,09 %
Endométrio fino	2	0,17 %
Endometriose	1	0,09 %
Estenose	3	0,26 %
Hidrometra	4	0,35 %
Imagem nodular	7	0,61 %
Injúria	10	0,87 %
Metaplasia óssea	1	0,09 %
Restos ovulares	3	0,26 %

Tabela 1: Distribuição das outras patologias relacionadas como indicação ao procedimento de histeroscopia ambulatorial (Clínica especializada de Goiânia-GO, 2015)

CONCLUSÃO

As principais indicações para as histeroscópias ambulatoriais foram os pólipos endometriais (37,6%), seguidas pelas SUA (6,26%) e miomas (5,3%). A prevalência de pólipos endometriais confirmados nas histeroscópias ambulatoriais avaliadas foi de 51,59%.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- NOGUEIRA, AA. Pólipos Endometriais. Rev Bras Ginecol Obstet. 27(5): 289-292, 2005.
- LIENG, M; ISTRE, O; SANDVIK, L; QVIGSTAD, E. Prevalence, 1-year regression rate, and clinical significance of asymptomatic endometrial polyps: cross-sectional study. J Minim Invasive Gynecol. 2009 Jul-Aug;16(4):465-71. doi: 10.1016/j.jmig.2009.04.005
- BUCLKEY, CH; FOX, H. Biopsy Pathology of the Endometrium. 2 ed. 2002. Hodder Arnold Publication. New York: Raven Press. 272 páginas
- TAYLOR, LJ; JACKSON, TL; REID, JG; DUFFY, SR. The differential expression of oestrogen receptors, progesterone receptors, Bcl-2 and Ki67 in endometrial polyps. BJOG. 110(9):794-798, 2003.
- MAIA, H JR; MALTEZ, A; STUDARD, E; ATHAYDE, C; COUTINHO, EM. Effect of previous hormone replacement therapy on endometrial polyps during menopause. Gynecol Endocrinol. 18(6):299-304, 2004.
- ORVIETO, R; BAR-HAVA, I; DICKER, D; BAR, J; BEN-RAFAEL, Z; NERI, A. Endometrial polyps during menopause: characterization and significance. Acta Obstet Gynecol Scand. 78(10):883-886, 1999.
- ROMERO, MJ. Cervical polyp polypectomy using Eve's polypotome and tonsillectomy. Rev Obstet Ginecol Venez. 30(2):363-70, 1970.
- HAMOU, J. Hysteroscopy and micro-hysteroscopy with a new instrument: The microhysteroscopy. Acta Eur. Fertil., 12:1-6, 1981.

SÍNDROME DE BLEFAROFIMOSE EM MÃE E SEUS FILHOS GÊMEOS FRATERNOS: RELATO DE CASO

MOTHER AND FRATERNAL TWIN SON'S BLEPHAROPHIMOSIS SYNDROME

FERNANDO PALIS¹, LORENA FERREIRA², WANDER FERREIRA², RODRIGO FERREIRA³, JOÃO NASSARALLA⁴

Palavras-chave: Blefarofimose; Mutações; Aconselhamento genético; Relato de caso.

Keywords: Blepharophimosis; Mutations; Genetic counseling, case reports

RESUMO:

Relato de casos de blefarofimose (associação de ptose, telecanto e epicanto inverso), um raro transtorno de desenvolvimento, em uma paciente e seus dois filhos gêmeos bivitelinos, sem acometimento de seus ascendentes, o que corresponde, provavelmente, a mutações gênicas aleatórias e sem alterações da fertilidade características de alguns casos da síndrome.

As informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com os pacientes, registro fotográfico e revisão da literatura. Os casos relatados correspondem ao tipo II da síndrome por não apresentarem infertilidade relacionada a ciclos menstruais irregulares ou insuficiência ovárica primária. Ademais, não foram constatadas outras alterações oculares como microftalmia, estrabismo, anoftalmia, dentre outras. A necessidade de identificação dos pacientes com síndrome de blefarofimose e possível mapeamento dos genes relacionados é oportuna já que possibilita, então, o adequado aconselhamento genético para futuras gerações desses pacientes.

ABSTRACT

To report cases of blepharophimosis (association of ptosis, and epicanthus inversus telecanthus), a rare developmental disorder, in a patient and fraternal twin sons without involvement of their ancestors, which corresponds probably to random genetic mutations and without changes in fertility characteristics of some cases of the syndrome. The data were obtained through review of medical records, interviews with patients, photographic records and literature review. The reported cases correspond to the type II syndrome for not having infertility related to irregular menstrual cycles or primary ovarian failure. Moreover, no other ocular abnormalities were noted as microphthalmia, strabismus, anophthalmia, among others. The need to identify patients with blepharophimosis syndrome and possible mapping of genes related is timely as possible then the appropriate genetic counseling for future generations of patients

INTRODUÇÃO

A síndrome de blefarofimose descrita por Vignes em 1889 é um raro transtorno de desenvolvimento autossômico dominante representado por uma tríade constante de ptose, telecanto e epicanto inverso, conhecida sob a sigla BPES, que se manifesta em ambos os sexos, herdados de forma autossômica dominante. Mais prevalente em orientais² com incidência de aproximadamente 1/50.000 nascidos vivos³, foi classificado por Zlotorga em 19834 em tipo I e II, sendo que no primeiro a transmissão é unicamente masculina associado à infertilidade nas mulheres afetadas e no segundo a transmissão é independente do sexo e não afeta a fertilidade feminina. Há casos descritos na literatura com outras alterações oculares como microftalmia, anoftalmia, estrabismo, dentre outras⁵.

Na síndrome do tipo I, quando há infertilidade feminina, há casos relatados desde a presença de ciclos menstruais irregulares até insuficiência ovárica precoce⁶.

Foram descritas alterações no gene FOXL2, localizado no cromossoma 3q27⁷ que apresenta penetrância completa na síndrome tipo I e de aproximadamente 96% na síndrome tipo II.

Blefaroptose é a condição em que, na posição primária do olhar, a margem da pálpebra superior encontra-se posicionada em um nível mais baixo que o normal. A posição normal é 2 mm abaixo do limbo superior. Anormalidades funcionais que podem afetar a visão em pacientes com blefaroptose congênita incluem estrabismo, privação de estímulos, erros refracionais altos, astigmatismo, anisometropia e anormalidades de superfície, as quais podem levar à ambliopia e perda de binocularidade nos pacientes pediátricos⁸.

O tratamento baseia-se na correção dos erros refrativos associada a uma intervenção cirúrgica precoce, de preferência entre os 3-5 anos de idade com intuito de diminuir a discriminação social escolar, apesar dos resultados serem melhores nos adultos⁹. O objetivo desse

1. Residente de Oftalmologia (R2) do Instituto de Olhos de Goiânia, Goiânia (Go)

2. Acadêmicos de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC)

3. Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG)

4. Professor da pós-graduação da Faculdade de Ciências da Saúde da UNB e oftalmologista do Instituto de Olhos de Goiânia – IOG.

trabalho é relatar casos de blefarofimose em uma paciente e seus dois filhos gêmeos bivitelinos sem acometimento de seus ascendentes, o que corresponde, provavelmente, a mutações gênicas aleatórias e sem alterações da fertilidade, características do tipo II da síndrome.

RELATO DE CASO

Paciente V.R.S.T., sexo feminino, 46 anos (Figura 2), procurou atendimento no ambulatório de oftalmologia com queixa de ardor e lacrimejamento excessivo há três anos em ambos os olhos. Na história oftalmológica pregressa referia cirurgia de correção de ptose e telecanto com acantoplastia medial e suspensão do frontal com fio de silicone em ambos os olhos, além de exereses de pterígio de olho direito há três anos. Ao exame apresentava acuidade visual corrigida de 20/20 no olho direito e 20/30 no olho esquerdo, pela tabela de Snellen, mobilidade ocular extrínseca preservada e pressão ocular de 16 mmHg em ambos os olhos. A biomicroscopia do olho direito apresentava ptose, prega de epicanto inferior, telecanto, simbléfaro nasal inferior com pterígio nasal grau II recidivado e no olho esquerdo, além das alterações típicas da blefarofimose, pterígio grau I nasal. Fundo de olho de ambos os olhos com escavação de nervo óptico fisiológica, retina aplicada, rarefação de epitélio pigmentar leve em periferia da retina e mácula com brilho e aspecto habituais. A paciente possui ainda dois filhos gêmeos bivitelinos, um do sexo feminino (Figura 1) e outro masculino, ambos com a síndrome de blefarofimose, que também foram submetidos à cirurgia de correção de ptose e telecanto com acantoplastia medial e suspensão do músculo frontal com fio de silicone, porém assintomáticos.

As pacientes do relato foram submetidas ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dentro da unidade na qual foram atendidas.



Figura 1 –Blefarofimose em filha da paciente



Figura 2 –Blefarofimose da paciente

DISCUSSÃO

A síndrome de blefarofimose apresenta fenótipo com quatro características típicas: blefarofimose, ptose, telecanto e epicanto inverso. A blefarofimose e ptose correspondem à diminuição da fenda palpebral horizontal e vertical respectivamente, o epicanto inverso é uma prega pequena de pele que surge a partir da pálpebra inferior e corre para dentro e superiormente em canto nasal e o telecanto corresponde a um afastamento da distância do canto interno de ambos os olhos da linha média, permanecendo a distância interpupilar inalterada⁵.

A paciente relatada é classificada como o tipo II da síndrome, já que não apresenta nenhum outro distúrbio orgânico, nem retardo mental e a fertilidade é preservada pela história de ciclos menstruais regulares, além de proles estabelecidas. Seus dois filhos, um do sexo feminino e outro masculino, com 19 anos de idade, ainda não vislumbram paternidade próxima, porém a filha possui também ciclos menstruais regulares. Como foi negada a história da síndrome nos ascendentes da paciente, deduz-se então que se trata de mutação aleatória no seu gene FOXL2, sendo que esse tipo de mutação representa 50% dos casos de blefarofimose⁹. Além disso, essas alterações gênicas são do tipo inversões e duplicações pequenas, resultando na síntese de proteínas alongadas do FOXL2⁷.

A presença de infertilidade tipo I da síndrome se deve à influência do gene FOXL2 na função ovárica³. Há associação de patologias graves com esse tipo como: retardo mental, trissomias parciais 10q e 6p, síndrome alcoólica fetal, doenças cardíacas na trissomia 18¹¹.

A paciente foi submetida à correção da ptose e telecanto em tempo único cirúrgico com acantoplastia medial e suspensão do músculo frontal com fio de silicone, porém ainda adotava postura compensatória da cabeça com inclinação para trás, elevação do queixo e contração do frontal o que já não acontecia com seus filhos submetidos também a essa cirurgia.

Discute-se o tempo ideal para realização da correção cirúrgica da blefarofimose. É consenso que, quando há ptose importante, a correção deve acontecer já na infância para evitar ambliopia. Há ainda a importância da correção de caráter estético para evitar a discriminação social no início da vida escolar. Os melhores resultados são alcançados quando a cirurgia é realizada na fase adulta, pois já está estabelecido o crescimento dos tendões mediais e estruturas palpebrais⁹.

A necessidade de identificação de pacientes com síndrome de blefarofimose é oportuna para melhor indicação cirúrgica e, principalmente, pela orientação sobre o planejamento familiar, já que os diversos fenótipos da síndrome variam desde alterações palpebrais somente, até síndromes graves, quando relacionadas ao tipo I.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vignes A. Epicanthus hereditary. *Rev Gen Ophthalmol (Paris)*. 1889; 8:438-9
2. Nakajima T, Yoshimura Y, Onish K et al. One-Stage Repair Blepharophimosis. *Plast Reconstr*. 1991, 111(3):987
3. De Baere E, Dixon MJ, Small KW et al. Spectrum of FOXL2 gene mutations in blepharophimosis-ptosis-epicanthus inversus (BPES) families demonstrates a genotype-phenotype correlation. *Hum Mol Genet*. 2001, 15;10(15):1591-1600
4. Zlotogora J, Sagi M, Cohen T. The Blepharophimosis, Ptosis and Epicanthus inversus Syndrome: Delineation of Two Types. *Am J Genet*, 1983, 35:1020
5. Oley C, Baraitser M, (1988) Blepharophimosis, ptosis, epicanthus inversus syndrome, *J Med Genet* 25:47-51
6. Townes PL, Muechler EK, (1979) Blepharophimosis, ptosis, epicanthus inversus and primary amenorrhea. *Arch Ophthalmol* 97:1664-6.
7. De Baere E, Beysen D, Oley C, et al (2003), FOXL2 and BPES: Mutational Hotspots, Phenotypic Variability, and Revision of the Genotype-Phenotype Correlation, *Hum Genet* 72:478-487
8. Silvério, Juliana, et al (2009), Suspensão ao músculo frontal com politetrafluoretileno para o tratamento da blefaroptose. *Arq. Brasileiro de Oftalmol*. vol 72 n1 São Paulo
9. Johnson CC, (1964), Surgical repair of the syndrome of epicanthus inversus, blepharophimosis and ptosis. *Arch Ophthalmol* 71:510-6.
10. Beysen D, Mounmé L, Veitia R, et al (2008) Missense mutations in the forkhead domain of FOXL2 lead to subcellular mislocalization, protein aggregation and impaired transactivation, *Hum Mol Genet* 17;13: 2030-2038.
11. Mutchinik O. A syndrome of mental and physical retardation, speech disorders and peculiar facies in two sisters. *J Med Genet*. 1972; 9:60-3



CBCO

CENTRO BRASILEIRO DE
CIRURGIA DE OLHOS



Conhecimento e tecnologia ao alcance da visão

(62) 3252-5566



www.cbco.com.br



Oss-for

cálcio citrato malato, vitamina D e vitamina K2



A harmonia dos elementos para fortalecer a **saúde óssea.**



Modo de usar:
1 a 2 comprimidos ao dia 
ou a critério médico/nutricionista.

Apresentações:
Caixa com 30 e 60 comprimidos.