

Abordagens em **MEDICINA:**

ESTADO CUMULATIVO
DE BEM ESTAR
FÍSICO,
MENTAL E
PSICOLÓGICO

4



BENEDITO RODRIGUES DA SILVA NETO
(Organizador)

Atena
Editora
Ano 2021

Abordagens em **MEDICINA:**

ESTADO CUMULATIVO
DE BEM ESTAR
FÍSICO,
MENTAL E
PSICOLÓGICO

4



BENEDITO RODRIGUES DA SILVA NETO
(Organizador)

Atena
Editora
Ano 2021

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2021 Os autores

Copyright da edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí

Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federacão do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Abordagens em medicina: estado cumulativo de bem estar físico, mental e psicológico 4

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Bruno Oliveira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Benedito Rodrigues da Silva Neto

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A154 Abordagens em medicina: estado cumulativo de bem estar físico, mental e psicológico 4 / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-666-6

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.666212211>

1. Medicina. 2. Saúde. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da (Organizador). II. Título.

CDD 610

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, desta forma não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

APRESENTAÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social. Uma definição de certo modo ampla que tenta compreender os principais fatores ligados diretamente à qualidade de vida tais como alimentação, exercícios e até mesmo o acesso da população ao sistema de saúde. Portanto, partindo deste princípio a saúde física, mental e social são algumas das dimensões que determinam o estado de bem-estar humano, e conseqüentemente vão muito além da simples ausência de doenças. O próprio conceito de saúde, aqui estabelecido pela OMS, está relacionado a uma visão ampla e integral do ser humano, que considera aspectos do corpo, mente, ambiente, sociedade, hábitos e assim por diante.

Esse conceito nos conduz ao fundamento da multidisciplinaridade com abordagens que cada vez mais é aplicada e contextualizada nos diversos âmbitos da saúde, haja vista que todas as abordagens e áreas de estudo convergem para o mesmo princípio que é a saúde integral do individuo. A saúde na atualidade se estabelece na interação entre diversos profissionais e requer conhecimentos e práticas de diferentes áreas tais como as ambientais, clínicas, epidemiológicas, comportamentais, sociais, culturais etc.

Deste modo, por intermédio da Atena Editora, apresentamos a nova obra denominada “Abordagens em medicina: Estado cumulativo de bem-estar físico, mental e psicológico”, inicialmente proposta em quatro volumes, com o intuito de direcionarmos ao nosso leitor uma produção científica com diversas abordagens em saúde. Reforçamos aqui também que a divulgação científica é fundamental para romper com as limitações ainda existentes em nosso país, assim, mais uma vez parabenizamos a estrutura da Atena Editora por oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores divulguem seus resultados.

Desejo a todos uma proveitosa leitura!

Benedito Rodrigues da Silva Neto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

A IMPORTÂNCIA DA INTERSETORIALIDADE EM CASOS DE VIOLÊNCIA INFANTIL

Mayara Emanuele Polakowski

Cauane Lehmann Barros

Rafael Senff Gomes

Fernando Minari Sassi

Lucas Palma Nunes

Débora Maria Vargas Makuch

Adriana Cristina Franco

Leide da Conceição Sanches

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6662122111>

CAPÍTULO 2..... 14

A PERMANÊNCIA DA ANOSMIA EM PACIENTES CURADOS DE COVID-19: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Igor Carneiro Machado

Alaor Cabral de Melo Neto

Lucas Eduardo Alves Souza

Pedro Vitor Braga de Oliveira

Tomás Braga Mattos

Christyan Polizeli de Souza

Rodrigo Queiroz de Souza

Cássio Filho Cysneiros de Assis

Murillo Moreira Oliveira de Carvalho

Alephe dos Santos Marques

Matheus Santos Machado

Otaviano Ottoni da Silva Netto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6662122112>

CAPÍTULO 3..... 19

ANÁLISE DOS NÍVEIS DE COLESTEROL TOTAL E FRAÇÕES EM PACIENTES COM EVENTO CORONARIANO AGUDO RECENTE, EM USO ESTÁVEL DE SINVASTATINA 40MG/DIA E ATORVASTATINA 40 MG/ DIA

Roberta Mara Batista Lima

Thiago Santiago Ferreira

Isabela Galizzi Fae

Gilmar Reis

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6662122113>

CAPÍTULO 4..... 31

ARBOVIROSES EM IDOSOS: ESTUDO DESCRITIVO DA EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS NA REGIÃO LESTE DE MINAS GERAIS, BRASIL

Filipe Corrêa Freitas Laia

Isabela Cristina Ribeiro

Reinaldo Machado Júnior

Waneska Alexandra Alves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6662122114>

CAPÍTULO 5..... 48

AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA DAPAGLIFLOZINA NO CONTROLE DA GLICEMIA DE PACIENTES CARDIOLÓGICOS ESTÁVEIS HOSPITALIZADOS

Guilherme Salazar Serrano

Gabrielly Silva Santos

Lourene Silva Santos

Letícia Bertelini de Camargo

Murillo de Oliveira Antunes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6662122115>

CAPÍTULO 6..... 59

CONGESTÃO PULMONAR PÓS ABLAÇÃO DE FIBRILAÇÃO ATRIAL: UM RELATO DE CASO

Leonardo Martello Lobo

Wilton Francisco Gomes

Lucas Palma Nunes

Paula Fernanda Gregghi Pascutti

Evelyn Carolina Suquebski Dib

José Carlos Moura Jorge

Evelin Meline Lubrigati

Vinícius Leme Trevizam

Gerson Lemke

José Antonio da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6662122116>

CAPÍTULO 7..... 63

CONSUMO DE ÁLCOOL E ESPIRITUALIDADE ENTRE OS ESTUDANTES DO PRIMEIRO E DO TERCEIRO ANO DE MEDICINA DA UNICESUMAR

Murilo Ravasio Vidal

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6662122117>

CAPÍTULO 8..... 72

DOENÇA GORDUROSA NÃO ALCOÓLICA DO PÂNCREAS - NAFPD

Mariana de Araújo Silva

Marluce da Cunha Mantovani

Nilsa Regina Damaceno-Rodrigues

Elia Tamasso Espin Garcia Caldini

Bruno Caramelli

Sérgio Paulo Bydlowski

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6662122118>

CAPÍTULO 9..... 90

ESTENOSE CÁUSTICA COMO FATOR DE RISCO PARA CARCINOMA EPIDERMÓIDE

DE ESÔFAGO

Pedro Victor Dias da Silva
Paulo Roberto Hernandez Júnior
Rossy Moreira Bastos Junior
Adriana Rodrigues Ferraz

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6662122119>

CAPÍTULO 10..... 99

ESTRESSE OCUPACIONAL DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Monalisa de Cássia Fogaça
Jamil Torquato de Melo Filho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.66621221110>

CAPÍTULO 11 113

ESTUDO DE INFECÇÕES EM CIRURGIAS DE PRÓTESE MAMÁRIA

Paula Campos de Mendonça
Camila Ribeiro Damasceno
Fabiana Xavier Cartaxo Salgado

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.66621221111>

CAPÍTULO 12..... 122

FACTORES DE RIESGO PERINATALES RELACIONADOS CON ALTERACIONES EN EL NEURODESARROLLO

Santiago Vasco-Morales
Andrés Alulema-Moncayo
Catalina Verdesoto-Jácome
Paola Toapanta-Pinta

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.66621221112>

CAPÍTULO 13..... 129

INFLUÊNCIA DOS GRUPOS SANGUÍNEOS ABO NA COVID-19: INSIGHTS DA LITERATURA

Eduarda Pereira Shimoia
Caroline Valcorte de Carvalho
Fabiane Dias de Bitencourt
Natali Wolschik Dembogurski
Nathieli Bianchin Bottari

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.66621221113>

CAPÍTULO 14..... 147

MORBIDADE POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL PELO SUS EM GOIÁS, BRASIL, 2015-2019

Hadla Schaiblich
Luís Eduardo de Araújo Rocha
Rafaella Rosa Lobo de Andrade
Marcella Lacerda Oliveira

Éryka Cristina Alves Martins

Júlia Souza Santos Cargnin

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.66621221114>

CAPÍTULO 15..... 153

NEURALGIA PÓS-HERPÉTICA CRÔNICA NO RAMO OFTÁLMICO (TERRITÓRIO V1) DO NERVO TRIGÊMEO: DESAFIOS E ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO

Julia Brasileiro de Faria Cavalcante

Pedro Nogarotto Cembraneli

Renata Brasileiro de Faria Cavalcante

Ítalo Nogarotto Cembraneli

Isadora Lettieri de Faria

José Edison da Silva Cavalcante

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.66621221115>

CAPÍTULO 16..... 158

OS ENCAMINHAMENTOS LEGAIS FRENTE A IDENTIFICAÇÃO DE UM MENOR, VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Agda S. Moreira

Daniella Barbosa de Sousa Moura

Gláucia Matos Tavares

Leila Akemi Evangelista Kusano

Jorge Miguel Dos Santos Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.66621221116>

CAPÍTULO 17..... 182

PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO NOS ESTUDANTES DE MEDICINA DA FACIMED

Nayhara São José Rabito

Humberto Müller Martins dos Santos

Douglas Aldino Lopes

Vinicius Szubris Magalhaes

Charles Anthony de Barros

Karolyne Hellen Braga Nunes

Livian Gonçalves Teixeira Mendes de Amorim

Danielle Gomes Baioto

Amanda Sodré Góes

Gabriela Lanziani Palmieri

Joanny Dantas de Almeida

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.66621221117>

CAPÍTULO 18..... 194

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICAS DA ÁREA DA SAÚDE COMO ATRIZ-SIMULADA

Caroline Kaori Maebayashi

Mariana Fagundes Consulin

Grazielle Francine Franco Mancarz

Karyna Turra Osternack

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.66621221118>

CAPÍTULO 19..... 199

SAÚDE BUCAL EM PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS

Nívia Castro Binda
Letícia Barbosa de Magalhães Mauricio
Bianca Cavalcante de Siqueira Mota
José Igor da Silva
Camila Gonçalves Leão
Rogério Auto Teófilo Filho
Thamiris Florêncio Medeiros
Bruna Peixoto Girard
Ana Luiza Castro Binda

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.66621221119>

CAPÍTULO 20..... 205

SUICÍDIO - A COMPREENSÃO DO ATO DENTRO DOS TRANSTORNOS MENTAIS

Luiz Filipe Almeida Rezende
Lustarllone Bento de Oliveira
Vanessa Lima de Oliveira
Daiane Araújo da Silva
Glaciane Sousa Reis
Marcos Vinícius Fernandes Ribeiro
Verônica Machado de Souza
Regiane Cristina do Amaral Santos
Nayla Júlia Silva Pinto
Luzinei dos Santos Braz
Thais Mikaelly Almeida Pereira
Cláudia Mendes da Rocha
Karen Setenta Loiola

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.66621221120>

CAPÍTULO 21..... 218

**TRATAMENTO CONSERVADOR E CIRÚRGICO NA CONDROMALÁCIA PATELAR:
REVISÃO SISTEMÁTICA**

Lucas Azevedo Nogueira de Carvalho
João Marcelo Ferreira Lages
Wanderson Antônio Carreiro da Silva Teixeira
Helder Nogueira Aires
Fabiana Santos Franco

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.66621221121>

CAPÍTULO 22..... 230

**TRATAMENTO DA FÍSTULA CARÓTIDO-CAVERNOSA E IMPACTOS NO NERVO
ABDUCENTE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Victor Gabino de Macedo
Nilson Batista Lemos

Wendra Emmanuely Abrantes Sarmiento
Maria Júlia Plech Guimarães
Marialice Pinto Viana Correia
Ericka Janyne Gomes Marques
Luis Fernando Brito Ferreira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.66621221122>

CAPÍTULO 23..... 239

**VÍNCULO FAMILIAR HOMOAFETIVO E A REDE DE SAÚDE PÚBLICA: DESAFIOS E
POSSIBILIDADES**

Jhonatan Saldanha do Vale
Silvia Maria Bonassi

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.66621221122>

SOBRE O ORGANIZADOR..... 254

ÍNDICE REMISSIVO..... 255

ANÁLISE DOS NÍVEIS DE COLESTEROL TOTAL E FRAÇÕES EM PACIENTES COM EVENTO CORONÁRIO AGUDO RECENTE, EM USO ESTÁVEL DE SINVASTATINA 40MG/DIA E ATORVASTATINA 40 MG/ DIA

Data de aceite: 01/11/2021

Roberta Mara Batista Lima

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; Departamento de Cirurgia Cardiovascular do Hospital São Francisco de Assis
Belo Horizonte – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/6109316860970745>

Thiago Santiago Ferreira

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; Departamento de Cirurgia Cardíaca do Hospital Felício Rocho
Belo Horizonte – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/6514658372862537>

Isabela Galizzi Fae

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; Departamento de Cardiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/0413017324411481>

Gilmar Reis

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; Departamento de Cardiologia do Hospital São Francisco de Assis
Belo Horizonte – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/3225749859383169>

40 mg/ dia de sinvastatina e Atorvastatina 40 mg/ dia, na região metropolitana de Belo Horizonte. **Métodos:** 619 pacientes pós síndrome coronariana isquêmica aguda foram acompanhados em programa de pesquisa clínica para avaliação do uso de inibidores da PCSK-9, em caráter duplo-cego e randomizado, entre 07/ 2014 a 10/ 2015. Em 207 pacientes foi suspensa a Sinvastatina e iniciado Atorvastatina 40 mg/ dia. Pacientes reavaliados em 28 dias após o início da Atorvastatina. **Resultados:** Somente 27% dos pacientes em prevenção secundária apresentam adequado controle dos níveis de LDL-Colesterol em uso de Sinvastatina. O uso de atorvastatina proporciona ganho incremental significativo no controle do LDL-Colesterol, do Não HDL-Colesterol e uma menor população onde os níveis de LDL-Colesterol permanecem muito elevados (> 100 mg%). **Conclusão:** Considerando a íntima relação entre níveis de LDL-C, não-HDL-C e efetividade da sinvastatina 40 mg/ dia nesta população, estratégias alternativas de controle de colesterol devem ser consideradas, considerando que há ganho significativo no melhor controle do perfil lipídico se utilizado atorvastatina.

PALAVRAS-CHAVE: Colesterol, Síndrome coronariana aguda.

RESUMO: Objetivo: Conhecer os níveis de LDL-C e Não-HDL-C em uma população não selecionada de pacientes em acompanhamento, após evento coronariano agudo, tratados com

ANALYSIS OF TOTAL CHOLESTEROL LEVELS AND FRACTIONS IN PATIENTS WITH RECENT ACUTE CORONARY EVENT, ON STABLE USE OF SIMVASTATIN 40 MG/ DAY AND ATORVASTATIN 40 MG/DAY

ABSTRACT: Objective: the aim of this article is to study the levels of LDL-C and Non-HDL-C in an unselected population of patients being followed up, after acute coronary event, treated with Simvastatin 40 mg / day and Atorvastatin 40 mg / day, in the metropolitan region of Belo Horizonte. **Methods:** 619 patients after acute ischemic coronary syndrome were followed up in a clinical research program to evaluate the use of PCSK-9 inhibitors, in a double-blind and randomized study, between 07/2014 to 10/2015. In 207 patients, the Simvastatin was interrupted, and Atorvastatin 40 mg / day was started. Patients reevaluated 28 days after starting Atorvastatin. **Results:** Only 27% of patients in secondary prevention have adequate control of LDL-cholesterol levels when using simvastatin. The change for atorvastatin provides an incremental gain in control of LDL-Cholesterol, Non-HDL-Cholesterol and a smaller population where LDL-Cholesterol levels remain very high (> 100 mg%). **Conclusion:** Considering the close relationship between LDL-C, non-HDL-C levels and effectiveness of Simvastatin 40 mg / day in this population, alternative cholesterol control strategies should be considered, in order to improve the levels of LDL-Colesterol with Atorvastatin.

KEYWORDS: Cholesterol, Acute Coronary Syndrome.

1 | INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são responsáveis por mais de 50% de todas as internações por doenças crônicas não transmissíveis e são a principal causa de mortalidade no mundo ocidental¹¹. Neste grupo, as complicações decorrentes da aterosclerose possuem papel relevante, visto que são a principal causa de óbito e invalidez permanente³.

O contexto em que a nossa população está inserida e seus hábitos de vida são influenciados por fatores socioeconômicos e culturais, assim destaca-se a importância de avaliarmos os fatores de risco presentes na nossa sociedade⁵. Compreender os riscos que levam à aterosclerose, bem como os mecanismos associados entre eles e o estilo de vida da população é de fundamental importância para o desenvolvimento de ações estratégicas preventivas e terapêuticas eficientes, as quais podem modificar a história natural deste importante problema de saúde pública.

Tanto estudos de intervenção farmacológica quanto epidemiológicos têm demonstrado uma relação forte e linear entre os níveis de colesterol-lipoproteína de baixa densidade (LDL-C) e eventos cardiovasculares (CV). Três dos estudos mais recentes com estatinas, o estudo TNT de Cannon CP, et al. (2004), o estudo PROVE-IT de Ridker PM, et al⁴ e o estudo JUPITER da Third Report of the National Cholesterol Education Program, et al⁹, forneceram novas informações sobre a relação entre níveis baixos de LDL-C e as taxas de eventos CV, demonstrando que o tratamento de LDL-C para obtenção de um nível médio de 77 mg/dL, 62 mg/dL ou 55 mg/dL, respectivamente, estava associado a uma maior redução nos eventos cardiovasculares.

Pacientes diagnosticados com síndrome coronariana aguda (SCA) recente apresentam risco elevado de apresentar eventos coronarianos recorrentes em curto prazo. Em aproximadamente 10% dos pacientes com SCA, a morte cardiovascular, o infarto recorrente do miocárdio ou o acidente vascular encefálico ocorrem dentro de um ano do evento coronariano agudo^{10,2}. Com base em resultados de grandes estudos clínicos, o tratamento intensivo e precoce com estatinas foi formalmente endossado como tratamento recomendado para pacientes em prevenção secundária, após um evento coronariano isquêmico agudo^{1,7,8}.

A Sinvastatina é a estatina mais amplamente utilizada na rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS), respondendo por mais de 80% do tratamento para síndrome coronariana utilizado no país⁴. Embora usada em larga escala, apresenta uma taxa de sucesso baixa em manter pacientes em prevenção secundária com LDL-C < 70 mg%⁶. Visando ampliar o grupo de pacientes adequadamente tratados, o SUS adotou a utilização de estatinas de alta potência (Atorvastatina e Rosuvastatina), mediante o preenchimento de extensa documentação a fim de obter a liberação através de fornecimento especial de medicamentos. Tal processo é trabalhoso e demorado, o que tem dificultado o acesso dos pacientes em prevenção secundária a estas estatinas³.

Desta forma, torna-se questão relevante avaliar como estes pacientes em prevenção secundária estão sendo tratados no âmbito da atenção do SUS, especialmente no tocante ao uso de estatinas, e identificar a resposta desta população a estatinas de maior potência referente ao controle do LDL-C.

2 | MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de natureza prospectiva, quantitativa, descritiva e analítica. A pesquisa incluiu pacientes que realizavam prevenção secundária na rede ambulatorial de saúde no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte e região metropolitana. Tais pacientes, eram candidatos à participação de protocolos de pesquisas clínicas na Cardresearch - Cardiologia Assistencial e de Pesquisa.

Foram incluídos pacientes que tiveram eventos coronarianos agudos, todos estes passaram por uma consulta inicial (triagem), na qual, foram coletados a história médica completa do paciente, o exame físico e a realização de um perfil laboratorial completo, o que incluiu colesterol total e frações, bioquímica completa, hematologia e exame de urina rotina.

No intuito de manter a padronização desses resultados, os exames foram realizados em laboratórios centralizados. A depender da divulgação dos resultados e atrelando estes aos critérios de inclusão e exclusão de cada uma das pesquisas realizadas, os candidatos eram eleitos, ou não, a participarem da fase de utilização do produto investigado no presente estudo. Considerando cada protocolo, os pacientes eram submetidos a ensaios

randomizados, duplo-cego e recebiam acompanhamento durante todo o percurso da participação na pesquisa. Caso contrário, estes pacientes eram encaminhados às suas unidades de referência com cópia dos exames e, quando necessário, cópia dos registros das avaliações de condutas cardiológicas.

Dessa forma, separou-se um subgrupo destes pacientes que estavam relacionados a um desses protocolos de pesquisa clínica e se aconselhou a substituição de estatina em uso ambulatorial por Atorvastatina em alta dosagem (40 mg/dia) durante um período de 4 semanas e, posteriormente, foram avaliados os resultados dos perfis lipídicos destes pacientes. Assim, se considerava falha de seleção ou aptos à participação do protocolo de pesquisa, estes casos os pacientes eram convidados para uma nova consulta médica.

Este estudo respeita as normas de aprovação de estudos multicêntricos internacionais ao se considerar que para a realização do mesmo foram obtidas autorizações da CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) do Ministério da Saúde, além de aprovações em comitês éticos locais.

Para efeito deste estudo foram utilizados somente os dados até as consultas de triagem, que correspondem ao período de início do produto investigacional do estudo.

3 | RESULTADOS

No período compreendido entre Março de 2014 a Abril de 2016 foram convidados 907 pacientes para realizarem uma avaliação no centro de pesquisa clínica com o objetivo de verificar elegibilidade de critérios para possível participação em pesquisa clínica. Pacientes foram pré-selecionados através de informações existentes sobre internação hospitalar em hospitais de referência secundários e terciários os quais atendem a pacientes oriundos do Sistema Único de Saúde, internados com o diagnóstico de síndrome coronariana isquêmica aguda e submetidos a estudo cineangiocoronariográfico o qual revelou doença arterial coronariana obstrutiva, classificada como estenose em um ou mais ramos arteriais coronarianos subepicárdicos com estenose $\geq 50\%$ da área luminal.

Dos 907 pacientes pré-selecionados e contatados para a avaliação de triagem inicial, 191 recusaram-se a comparecer para a avaliação clínica ou desistiram de participar após o comparecimento para a visita de triagem e decidiram não participar após ter sido explicado o programa de pesquisa clínica e ler o termo de consentimento livre e esclarecido, apresentado ao paciente e familiares antes de quaisquer ações médicas referente a visita de triagem. Dos 716 pacientes que compareceram à visita inicial de triagem, 31 foram excluídos pelo fato de não estarem em uso de estatinas por diversas razões (eventos adversos associados ao uso de estatinas). Os dados referentes ao uso de estatinas nos 716 pacientes estão descritos na tabela I.

Seiscentos e oitenta e cinco pacientes foram inicialmente avaliados através de uma consulta médica detalhada e checado critérios para participação no programa de pesquisa

(critérios de inclusão e exclusão de eventual participação, conforme programa de pesquisa clínica aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa). Destes, 66 pacientes foram excluídos de participar na pesquisa após a verificação de todos os critérios de inclusão/exclusão, sendo as principais causas: não querer utilizar o produto em investigação após término da avaliação de triagem (20 pacientes), doença renal crônica estágio IV, com *clereance* creatinina < 30 ml/ min (13 pacientes); cirrose hepática sintomática (10 pacientes), não querer utilizar produto investigacional (09 pacientes); uso de medicações fortemente indutoras do citocromo p450 ou medicações contraindicadas no programa de pesquisa (06 pacientes), causas diversas (08 pacientes).

Desta forma 619 pacientes (431 do sexo masculino, 69,5%) com história médica de um evento coronariano agudo obstrutivo isquêmico e pré-selecionados conforme descrito acima preencheram os critérios e foram incluídos nesta análise, seguindo roteiro de visita de triagem conforme descrito anteriormente. A idade média dos pacientes por ocasião da avaliação era de $60,1 \pm 9,75$ anos (idade mínima: 36 anos e máxima 83 anos). Os dados demográficos podem ser verificados na tabela III.

Todos os pacientes avaliados estavam em controle ambulatorial após o evento coronariano isquêmico agudo, entretanto mais de 50% informaram que a última consulta ambulatorial havia sido há mais de 06 meses da avaliação de triagem. Quinhentos e dois pacientes (81,1%) que compareceram para a avaliação no centro de pesquisa informaram que estavam em controle ambulatorial na unidade básica de saúde e 117 pacientes (19,9%) relataram estar em controle ambulatorial em serviço de referência cardiológico e/ou com cardiologista. O tempo decorrente entre o evento coronariano apresentado e a consulta de avaliação no centro de pesquisa foi de $11,9$ meses \pm $15,9$ meses (tabela II).

O diagnóstico de alta por ocasião do evento coronariano isquêmico agudo foi definido como infarto agudo do miocárdio em 423 pacientes (68,3%), sendo o infarto mais prevalente aquele sem supra de segmento ST (250 pacientes, 40,4%).

4 I PACIENTES EM USO DE SINVASTATINA

Os 619 pacientes participantes da pesquisa foram submetidos a uma avaliação laboratorial a qual consistiu em um perfil bioquímico e hematológico completo, além da análise do perfil lipídico. Foram avaliados os resultados de Colesterol total, LDL-Colesterol e não-HDL colesterol conforme gráficos abaixo:

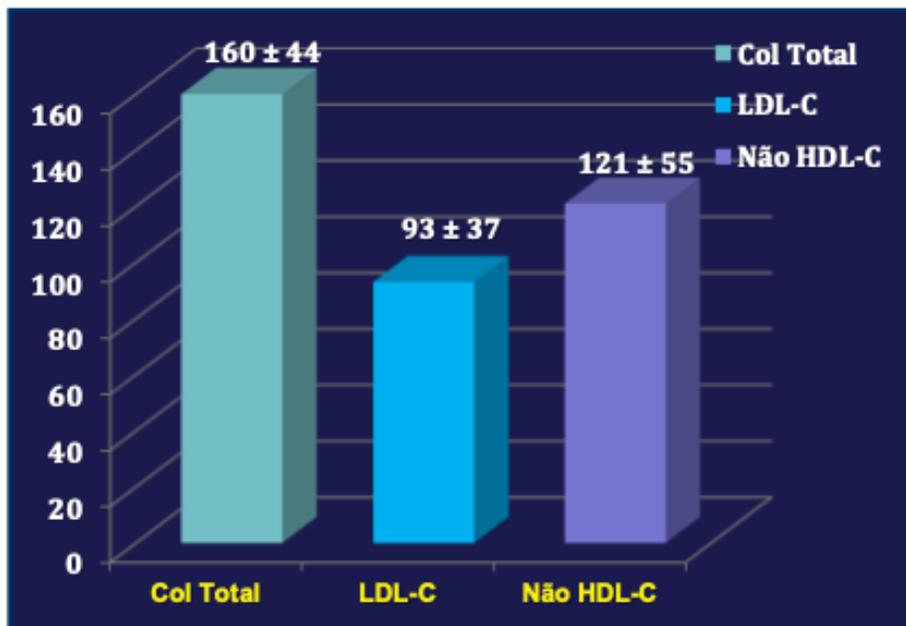


Gráfico 1 – Colesterol total e frações em pacientes em uso de Sinvastatina (mg%; n=619)

Fonte: Elaborado pelo autor

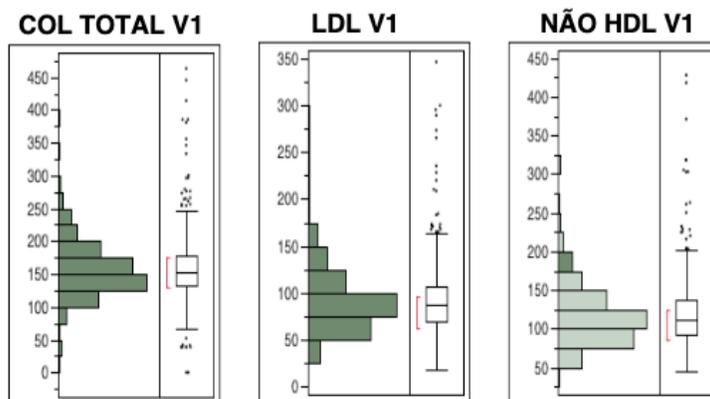
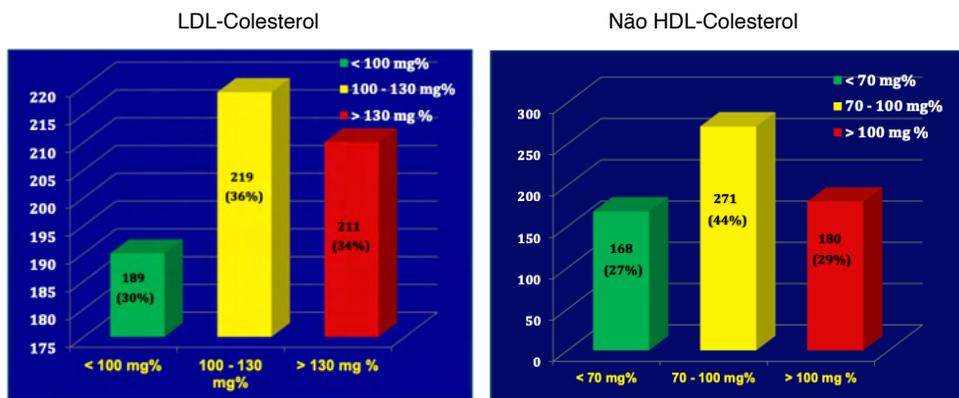


Gráfico 2 – Gráfico de distribuição – Perfil lipídico na visita de triagem (n=619)

O LDL Colesterol e o não-HDL colesterol foram estratificados nesta população considerando as faixas de risco conforme literatura. Em relação aos níveis de LDL Colesterol, observa-se que 27% dos pacientes em uso ambulatorial de Sinvastatina 40mg/dia estão dentro da faixa recomendada na literatura, no que concerne aos níveis otimizados para prevenção secundária. Aproximadamente 30% da população em prevenção secundária e em uso de sinvastatina mantém o LDL em níveis ≥ 100 mg%, acima do valor considerado como meta para prevenção secundária.

Da mesma forma, ao considerarmos os níveis obtidos de não-HDL colesterol pode-se observar que aproximadamente 1/3 dos pacientes em prevenção secundária encontram-se com esta medida otimizada e 34% dos pacientes encontram-se com níveis considerado elevados.



Gráficos 3 - Dosagem de Não HDL-Colesterol e LDL-Colesterol em pacientes em uso de Sinvastatina (mg%; n=619)

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

5 I PACIENTES EM USO DE ATORVASTATINA

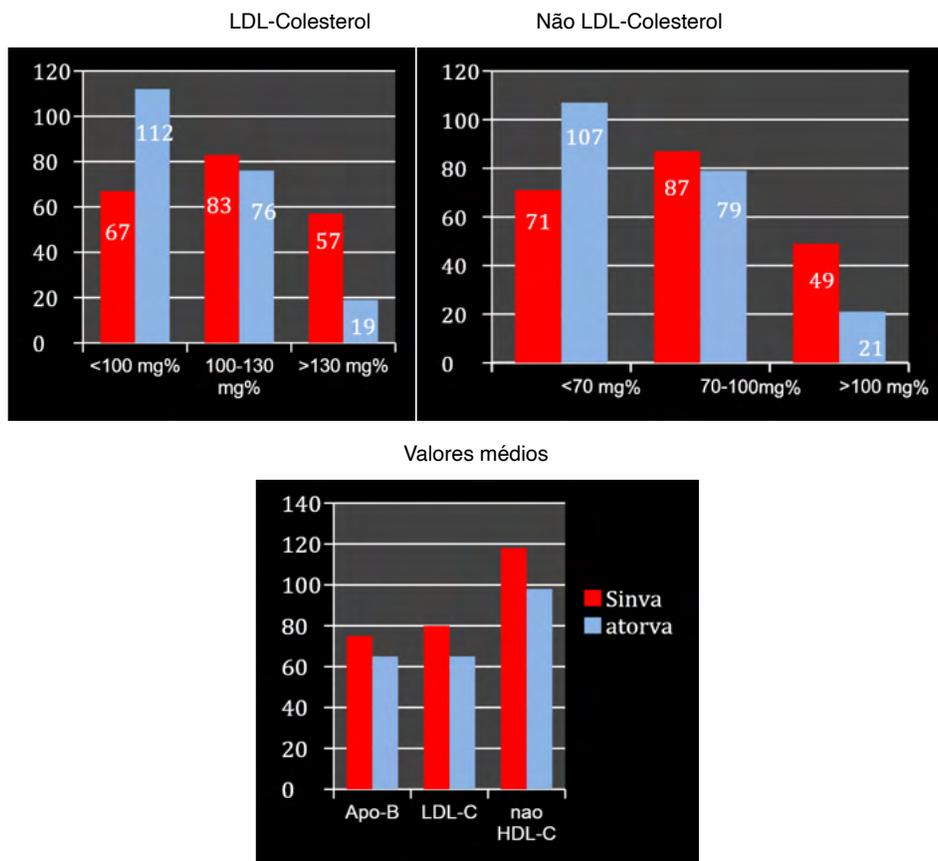
Em 207 pacientes foi proposto a mudança de estatina, sendo suspensa a sinvastatina no dia da avaliação de triagem e então iniciado atorvastatina 40 mg/ dia. Pacientes foram liberados e agendado retorno em 28 ± 04 dias, quando novamente compareceram para nova coleta laboratorial. Os dados demográficos desde subgrupo podem ser observados na tabela III, não havendo diferenças significativas entre este subgrupo e a população em uso de sinvastatina.

Neste subgrupo foram dosados a Apolipoproteína B, o LDL colesterol e o não HDL Colesterol no dia da triagem e após 28 dias de uso de atorvastatina. Os dados globais podem ser observados na figura 4. Nesta figura, observa-se valores significativamente menores após a mudança para a atorvastatina.

Após 28 dias da mudança da estatina observa-se uma mudança significativa dança no perfil dos níveis de LDL-Colesterol e de HDL-Colesterol nos pacientes em prevenção secundária. Percebe-se um incremento progressivo na faixa recomendada dos níveis lipídicos nesta população, bem como uma significativa redução do número absoluto de pacientes na faixa mais elevada de LDL-Colesterol e Não HDL colesterol.

Na faixa recomendada de níveis lipídicos observa-se um incremento de pacientes com LDL-Colesterol ≤ 70 mg% (de 67 pacientes em uso de sinvastatina para 112 pacientes em uso de atorvastatina – ganho incremental de 71%) e também de Não HDL-Colesterol

(de 71 pacientes em uso de sinvastatina para 107 pacientes em uso de atorvastatina – ganho incremental de 65%). Os dados referentes as faixas clinicamente importantes de lípides podem ser observados na figura 5 e 6.



Gráficos 4 – Valores comparativos entre pacientes em uso de Sinvastatina e 28 dias após uso de atorvastatina 40 mg/ dia (mg%; n=207)

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

Sem estatinas	31	(4,3%)
Em uso de estatinas#	685	(95,7%)
Sinvastatina 40 mg/dia	609	(88,9%)
Sinvastatina 20 mg/ dia	56	(8,2%)
Atorvastatina 10 mg/ dia*	09	(1,3%)
Atorvastatina 20 mg/ dia*	06	(0,9%)
Rosuvastatina 10 mg/ dia*	05	(0,7%)

Pacientes avaliados na triagem em uso de sinvastatina (n=685) * Excluídos por não utilizarem sinvastatina na triagem (n=20)

Tabela I – Uso de Estatinas em pacientes em prevenção secundária. n=716

Tempo (meses)	11,9 ± 15,9
Quartil 25%	1,86
Quartil 50%	3,93
Quartil 75%	18,7
Quartil 90%	28,3
Quartil 97,5%	62,4

Tabela II-Tempo decorrente entre evento coronariano e consulta de triagem para participação em programa de pesquisa (meses)

Dados Demográficos	Pacientes em uso de Sinvastatina (n=619)		Pacientes uso de atorvastatina (n=207)	
Idade	60,1 ± 9,75 anos		59,5 ± 9,4 anos	
Sexo Masculino	431	69,50%	143	69,00%
Nunca Fumaram	339	54,80%	98	47,30%
Ex-tabagistas	74	11,90%	26	12,50%
Tabagistas atuais	206	33,30%	83	40,20%
Hipercolesterolemia	445	71,80%	152	70,00%
Diabetes	165	26,60%	55	26,50%
Hipertensão Arterial	441	71,80%	99	47,80%
Infarto COM supra	173	27,90%	86	41,60%
Infarto SEM supra	250	40,40%	97	46,80%
Angina instável	196	31,70%	24	11,60%

Tabela III- Dados Demográficos

6 | DISCUSSÃO

Evidências robustas derivadas da literatura mostram claramente que o colesterol elevado pode ser considerado o principal fator de risco modificável associado a mortalidade cardiovascular. Desse modo, reduções nos níveis de colesterol, principalmente de LDL-Colesterol, seja por meio de mudanças do estilo de vida e/ou tratamento farmacológico propiciam um grande benefício na redução de desfechos cardiovasculares, como infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico isquêmico e procedimento coronariano de urgência. Tal estratégia deve ser adotada em pacientes, independente de quaisquer outras considerações, uma vez apresentando níveis elevados de colesterol total e/ou LDL-Colesterol, considerando a sua faixa de risco cardiovascular.

Os estudos iniciais de prevenção secundária, previamente ao uso de estatinas,

demonstraram uma redução dos eventos cardiovasculares sem alteração na mortalidade não cardiovascular. Estudos subsequentes utilizando estatinas documentaram uma redução expressiva na morbidade e mortalidade cardiovascular, bem como na mortalidade total, incluindo doenças não cardiovasculares. Evidências derivadas de diversos estudos clínicos sugerem fortemente que a prevalência e recidiva da doença cardiovascular é a menor quando os níveis de LDL-colesterol estão abaixo de 70 mg%. Observa-se que os estudos observacionais e os estudos clínicos de tratamento do LDL-colesterol são altamente congruentes, promovendo evidências adicionais para a aplicabilidade dos dados epidemiológicos no cenário de redução do LDL-Colesterol na prevenção secundária.

Até onde temos conhecimento, esta é a maior série de pacientes em prevenção secundária avaliados em nosso meio, no que concerne aos níveis de LDL-colesterol e do uso de estatinas. Observamos que mais de 95% dos pacientes encontram-se em uso de estatinas, refletindo o hábito prescritivo destas medicações por ocasião da apresentação de um evento cardíaco e pelo fato dos pacientes desta amostra terem sido internados em hospitais de referência cardiológica. Infelizmente, observa-se que a estatina empregada é a Sinvastatina, dada a dificuldade de acesso das estatinas de elevada potência (Atorvastatina, Rosuvastatina) pelos pacientes da rede pública.

Os resultados demonstrados no estudo possuem um impacto imediato sobre o risco cardiovascular, que é diretamente proporcional aos níveis de LDL-Colesterol. O ganho incremental obtido com a mudança do tratamento é evidente, com melhora significativa no percentual de pacientes adequadamente controlados no que tange os níveis de LDL-Colesterol.

Este estudo apresenta limitações importantes: não foi desenhado para realização de abordagem não farmacológica (atividade física, dieta), que certamente tem implicações para redução adicional no perfil do colesterol total e frações. Estudamos somente pacientes após síndrome coronariana isquêmica aguda, excluindo-se outros eventos macrovasculares. Não realizamos ainda seguimento em longo prazo nesta população para avaliação do impacto da redução do nível sérico de colesterol nos desfechos cardiovasculares como morte, recorrência de infarto e angina.

7 | CONCLUSÃO

A sinvastatina é a estatina utilizada em mais de 95% dos pacientes sob prevenção secundária no sistema público de saúde brasileiro, levando a um adequado controle dos níveis de LDL- Colesterol em apenas 27% dos pacientes. Já a atorvastatina, mesmo em curto período, provoca um ganho incremental para 71% dos pacientes na meta terapêutica de LDL- Colesterol, proporcionando uma redução esperada de eventos coronarianos se utilizada por longo período. Desse modo, a adição da atorvastatina deve ser considerada em todos os pacientes em prevenção secundária que possuem níveis de LDL-Colesterol

fora da meta terapêutica de 70 mg%.

FINANCIAMENTO

O estudo foi financiado pelo Programa de Bolsas de Iniciação Científica, Tecnologia e Inovação da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, oferecido pela Fundação de Amparo a Pesquisa de Minas Gerais.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram que não há conflito de interesse em relação ao presente estudo.

REFERÊNCIAS

1. ANDERSON JL, et al. ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction). **J Am Coll Cardiol**, 2007; 50: 652–726.
2. ANTMAN EM, et al. 2007 focused update of the ACC/AHA 2004 guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Group to Review New Evidence and Update the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction). **J Am Coll Cardiol**, 2008; 51: 210–47.
3. BRASIL. **Ministério da Saúde**. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil 2011-2012.
4. CANNON CP, et al. For the Pravastatin or Atorvastatin Evaluation and Infection Therapy-Thrombolysis in Myocardial Infarction 22 Investigators. Intensive versus moderate lipid lowering with statins after acute coronary syndromes. **N Engl J Med**, 2004; 350:1495-1504.
5. CESARINO CB, et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arq Bras Cardiol**. 2008; 91(1): 29-35.
6. FALUDI, AA et al. Atualização da diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose–2017. **Arq Bras Cardiol**. 2017; 109(2): 1-76.
7. KRUMHOLZ HM, et al., ACC/AHA 2008 performance measures for adults with ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures (Writing Committee to Develop Performance Measures for ST-Elevation and Non-ST-Elevation Myocardial Infarction). **J Am Coll Cardiol**, 2008; 52: 2046 –99.
8. NEWMAN C, et al. Comparative safety of atorvastatin 80 mg versus 10 mg derived from analysis of 49 completed trials in 14,236 patients. **Am J Cardiol**, 2006; 97: 61-7.

9. RIDKER PM, et al. JUPITER Study Group. Rosuvastatin to prevent vascular events in men and women with elevated C-reactive protein. **N Engl J Med**, 2008; 359 (21): 2195-207.

10. World Health Organization (WHO). **Global status report on noncommunicable diseases**. Geneva; 2010.

11. YUSUF S, et al. Effects of clopidogrel in addition to aspirin in patients with acute coronary syndromes without ST-segment elevation. **N Engl J Med**, 2001; 345: 494-502.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Ablação 59, 60, 61

Acidente vascular cerebral 147, 148, 150, 151

Álcool 6, 63, 64, 65, 69, 70, 71, 77, 92, 108, 188, 209, 215, 216, 217

Anosmia 14, 15, 16, 17, 18, 132

Aprendizagem 176, 194, 195, 196, 198

Artéria carótida interna 230, 231, 236

Assistência odontológica 200, 201

Autoextermínio 187, 206, 207, 210, 211, 212, 213, 215, 217

Auxiliar de enfermagem 99

B

Biopsicossocial 182, 184, 185, 186, 192, 210

C

Cardiologia 19, 21, 48, 52, 53, 58, 72

Cartilagem 218, 224, 225

Cáusticos 90, 92, 93, 94

Cirurgia 19, 73, 91, 96, 97, 98, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 224, 231, 233

Colesterol 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 82

Comportamento 5, 6, 7, 35, 136, 165, 167, 190, 201, 206, 207, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 217, 246

Comunicação multidisciplinar 194

Congestão pulmonar 59, 60, 61

COVID-19 12, 14, 15, 16, 18, 50, 55, 65, 129, 130, 131, 132, 133, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 213

D

Dapagliflozina 48, 49, 51, 52, 54, 55

Depressão 4, 7, 16, 100, 165, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 202, 209, 210, 212, 213, 246

Diabetes mellitus 48, 49, 50, 51, 53, 54, 56, 57, 58, 60, 72, 73, 77, 82, 83, 86, 117, 118, 151, 204

Dor 33, 37, 38, 39, 91, 94, 100, 101, 132, 141, 153, 154, 155, 156, 157, 166, 200, 206, 210, 211, 216, 218, 219, 224, 225, 226

E

Educação baseada em competência 194

Epidemiologia 13, 31, 34, 35, 40, 43, 77, 97, 123, 147, 216

Espiritualidade 63, 64, 69, 70, 71, 207, 213, 216

Estresse ocupacional 99, 100, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111

F

Factores de riesgo 122, 124, 125, 127, 128

Família 4, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 131, 160, 165, 167, 168, 169, 171, 176, 188, 200, 202, 203, 204, 207, 213, 239, 241, 245, 247, 248, 249, 250, 251, 253

Fatores de risco 4, 6, 20, 51, 77, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 113, 115, 117, 118, 130, 151, 165, 203, 213

Femoropatelar 218, 219, 224

Fibrilação atrial 59, 60, 61

Fístula arteriovenosa 231

H

Hiperglicemia 48, 51, 52, 83

Homoafetividade 239, 242, 245

Humanização 63, 70, 239, 242, 251

I

Idoso 31, 246

Infecção hospitalar 113, 120

Infecções por arbovírus 31

J

Joelho 218, 219, 220, 224, 225

L

Lesões 17, 92, 93, 94, 95, 114, 154, 218, 220, 221, 222, 224, 225, 226

M

Maus-tratos infantis 2, 4

Medicina 1, 3, 4, 12, 31, 44, 45, 63, 64, 65, 67, 69, 71, 72, 74, 99, 100, 120, 122, 127, 134, 144, 147, 151, 175, 181, 182, 185, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 196, 198, 215, 216, 228, 254

Montgomery-Asberg 182, 183, 185

N

Neoplasias esofágicas 90, 91, 92
Nervo abducente 230, 231, 232, 233, 235, 236
Neurocirurgia 155, 231
Neurodesarrollo 122, 123, 124, 125, 126, 128
Neurologia 59, 147, 157, 238
Notificação de abuso 2, 4

P

Pediatria 96, 99, 128, 162, 180
Políticas de Saúde Pública 239
Prematuro 122, 127, 200
Profissionais de saúde 5, 11, 12, 99, 110, 111, 213
Prótese mamária 113, 115, 116, 118, 119
Psicanálise 239, 241, 243, 251

R

Recién nacido 122, 123, 125, 126, 128

S

SARS-CoV-2 15, 17, 129, 130, 131, 132, 133, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 144, 145
Saúde bucal 199, 200, 201, 202, 203, 204, 214
Seio cavernoso 230, 231, 232
Serviços de proteção infantil 2
Simulação de paciente 194
Síndrome coronariana aguda 19, 21
Sistema ABO de Grupos Sanguíneos 129
Sistema de informação 5, 31, 34, 44, 46
Suicida 5, 7, 92, 95, 189, 190, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 217
Suicídio 4, 92, 93, 96, 187, 188, 189, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217

T

Transtorno 7, 60, 93, 96, 117, 165, 182, 183, 186, 187, 188, 190, 201, 206, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 216, 217
Transtornos mentais 191, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 209, 210, 212, 214, 217
Tratamento 4, 6, 10, 15, 16, 20, 21, 27, 28, 50, 51, 52, 54, 58, 60, 61, 64, 69, 71, 73, 74,

81, 85, 91, 92, 96, 97, 114, 115, 119, 128, 129, 151, 153, 154, 155, 156, 168, 179, 183, 189, 194, 196, 202, 203, 209, 211, 218, 219, 220, 222, 223, 224, 225, 226, 228, 230, 232, 233, 236, 237, 242

U

Unidade de Terapia Intensiva Neonatal 99

V

Violência doméstica 2, 4, 8, 159, 160, 179, 212, 253

Abordagens em **MEDICINA:**

ESTADO CUMULATIVO
DE BEM ESTAR
FÍSICO,
MENTAL E
PSICOLÓGICO

4



www.atenaeditora.com.br



contato@atenaeditora.com.br



[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)



www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena
Editora

Ano 2021

Abordagens em **MEDICINA:**

ESTADO CUMULATIVO
DE BEM ESTAR
FÍSICO,
MENTAL E
PSICOLÓGICO

4



www.atenaeditora.com.br



contato@atenaeditora.com.br



[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)



www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena
Editora

Ano 2021