

O Paraná, saúde

SUPLEMENTO JORNAL O PARANÁ
DOMINGO, 02 DE JUNHO DE 2019



Obesidade infantil: como evitar esse problema?

PÁGINAS 12e13



- Ecodopplercardiograma com fluxo a cores (ecocardiograma transtorácico);
- Teste Ergométrico (esteira);
- Holter de 24 horas (monitor de arritmias);
- Mapa de 24 horas (monitor de pressão arterial);
- Eletrocardiograma (ECG);
- Avaliação Cardiológica;
- Avaliação de risco cirúrgico.

Dr. Marcelo B. Bianchi

Medicina Interna RQE SP 21126
Cardiologista RQE SP 23899
Ecocardiografista RQE PR 19069
CRM-24207-PR

☎ 45. 3222-1881

📞 45. 98433-6817

✉ dr.marcelobianchi@hotmail.com

📍 Rua Santa Catarina, 734
Centro - Cascavel - Pr

Uopeccan atinge a marca de 100 transplantes de fígado

Desde julho de 2017, o Hospital do Câncer Uopeccan, de Cascavel, está habilitado a realizar transplantes de fígado. E, durante esse período, já foram realizados 100 procedimentos, número expressivo para um complexo hospitalar localizado na região oeste do Paraná.

O primeiro transplante de fígado, no interior do Estado, foi realizado no dia 20 de setembro de 2017, nas dependências do Hospital do Câncer Uopeccan, de lá para cá 100 transplantes foram realizados pela equipe multiprofissional, sendo em média de 4 a 5 ao mês. “É um procedimento complexo que envolve muitas técnicas. Mas ficamos felizes com o resultado”, destaca o cirurgião Luis Cesar Bredt, que coordena o Centro Avançado do Fígado na Uopeccan. Atualmente a taxa de sucesso dos transplantes atinge a marca de 90%.

A incentivadora do credenciamento da instituição foi a médica Arlene Badoch, coordenadora da CET-PR (Central Estadual de Transplantes do Paraná), que, com a direção do Hospital do Câncer Uopeccan, viu a necessidade do interior do Estado em ter o Centro Avançado do Fígado, visto que muitos pacientes da região precisavam de atendimento especializado tanto para câncer de fígado como doenças graves do fígado. “O credenciamento deu início no ano de



FOTO: DIVULGAÇÃO

2011, justamente para ter um atendimento especializado para os pacientes, visto que muitos deles são atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e, muitos deles não tinham condições de buscar um tratamento na capital devido a distância e questão financeira, se viu a necessidade de ter um Centro Avançado de Transplante no interior do Paraná”, diz Bredt.

Segundo Luis Cesar, é um marco histórico que representa a concretização de um serviço de qualidade: “Não é qualquer hospital que pode fazer esse procedimento”.

A conquista se deve ao excelente desempenho da Captação de Órgãos, composta pelos médicos Gabriel Margraf e Leandro Barros, e ao enfermeiro Antoninho Pereira.



Na Uopeccan, o primeiro transplante de fígado foi realizado no dia 20 de setembro de 2017

Doação de Órgãos

A doação de órgãos pode ocorrer após a constatação de morte encefálica, que é a interrupção irreversível das funções cerebrais, ou em vida. Nos casos de a doação ocorrer após o protocolo de morte, a retirada dos órgãos é feita por meio de uma cirurgia convencional, já que o corpo é reconstituído normalmente, podendo ser velado sem nenhum problema.

Para que isso aconteça, no entanto, é preciso informar os familiares, pois somente os membros da família podem autorizar a doação. Com esse ato,



é possível oferecer às 230 pessoas que aguardam nas filas de transplante a chance de elas terem uma vida confortável.

A Espanha é referência mundial quando o assunto é transplante - são registrados perto de 40 doações

por milhão de população, no ranking mundial o Brasil ocupa o 28º lugar. No primeiro trimestre deste ano o Paraná obteve 41,3% de doação por milhão de população, ocupando o primeiro lugar no Brasil.

Sobre o transplante

O transplante hepático é uma cirurgia que consiste na retirada do fígado doente de um paciente para a colocação de um fígado saudável, podendo ser retirado por inteiro de um doador com morte encefálica declarada ou um fragmento de fígado de um doador vivo. Alguns dos motivos que levam ao transplante são

a cirrose hepática, hepatite crônica por vírus B ou C; doenças que comprometem as vias biliares; doença hepática alcoólica; hepatite autoimune, doença hepática gordurosa não alcoólica, doenças metabólicas na infância; tumores hepáticos primários ou hepatites fulminantes (drogas, vírus), por exemplo.

TRANSPLANTE DE FÍGADO

Entenda o procedimento

REGRA PARA PROCEDIMENTO NO BRASIL

- O paciente candidato ao transplante de fígado é colocado em uma lista única de espera
- Desde 2006, no Brasil, o critério de espera na lista respeita um índice baseado na gravidade da doença, conhecido como MELD (Model for End-Stage Liver Disease)
- Esse índice corresponde a um valor numérico que varia de 6 a 40, e demonstra quão urgente o paciente necessita do transplante. Os pacientes mais graves apresentam MELDs mais elevados, e serão priorizados na alocação dos enxertos hepáticos

COMO É O TRANSPLANTE

- 1 Fígado é retirado do doador, após avaliação da passagem de veias, artérias e canal da bile, e conservado em solução especial
- 2 Órgão é submetido a testes de compatibilidade, antes de chegar ao receptor
- 3 Fígado do paciente doente é retirado e o do doador é implantado. Receptor usa medicamentos para evitar rejeição

FONTE | Hospital Sirio Libanês

© GRAFFO

expediente

DESDE 15 DE MAIO DE 1976

O Paraná
Jornal de Fato

Direção-Geral
Clarice Roman

Diretor
Jadir Zimmermann
diretor@oparana.com.br
jadir.jornalista@gmail.com

Editora-chefe
Carla Hachmann
editoria@oparana.com.br
www.oparana.com.br

Jornal Oparana S/A CNPJ: 21.819.026/0001-36 Matriz
Jornal Oparana S/A CNPJ: 21.819.026/0002-17 Filial

Redação, administração, publicidade e oficinas
Rua Pernambuco, 1.600 - Cascavel - PR
CEP 85.810-021 - Caixa Postal 761
Telefone Central (45) 3321-1000 Fax (45) 3321-1020

Curitiba / São Paulo / Merconet
(41) 3079-4666

Brasília, Florianópolis/Central
(61) 3323-4701 / (48) 3216-0600

Porto Alegre/Expansão Brasil
(51) 3340-1408

Emails
redacao@oparana.com.br
comercial@oparana.com.br
assinaturas@oparana.com.br

O ambulatório especializado em transplantes atende toda a região oeste, sudoeste, noroeste, centro-oeste, no total mais de 200 municípios são beneficiados

Mais de 23 mil pacientes estão à espera de um rim

Eliminar impurezas do sangue, manter o equilíbrio hídrico do corpo e produzir hormônios são algumas das importantes funções desempenhadas pelos rins. Quando apresentam problemas no funcionamento, deixam de desenvolver essas atividades corretamente, sendo necessário tratamento medicamentoso e dietético, para casos menos graves, e tratamento dialítico e transplante, para casos mais severos.

Em até 80% dos casos os rins podem perder sua função

sem que os pacientes apresentem muitos sintomas. No entanto, uma parcela de pessoas pode desenvolver pressão alta, fraqueza, anemia, inchaço nos pés e no rosto. Esses são sinais de alerta para que se procure ajuda médica o mais rapidamente possível. Algumas doenças como hipertensão arterial, diabetes, nefrites, anomalias anatômicas do aparelho urinário e infecções urinárias frequentes podem levar a uma futura necessidade de diálise e, possivelmente, um

transplante renal.

Segundo dados do SIG (Sistema de Informações Gerenciais) do SNT (Sistema Nacional de Transplantes) e SIG/SP, a lista de espera de potenciais receptores ativos de rins no Brasil chegou a 23.262 em fevereiro de 2019. Aproximadamente 51% desses estão no estado de São Paulo, 12% em Minas Gerais, 4,5% na Bahia e 4,3% no Rio de Janeiro. Além disso, pouco mais de 430 pacientes também esperam pelo transplante de rins e pâncreas.



EXAMES DIAGNÓSTICOS TÊM PAPEL FUNDAMENTAL NO SUCESSO DE UM TRANSPLANTE

Pacientes que precisam de um transplante têm duas opções: contar com um órgão de um doador vivo ou de um falecido. A busca pela doação de um órgão pode chegar a anos ou nunca se efetivar, mas quando a possibilidade surge, novas etapas se iniciam. É preciso checar a compatibilidade entre doador e receptor e o estado de saúde do beneficiado.

No pré-transplante, primeiramente é preciso avaliar a tipagem sanguínea, que seguem as mesmas regras da doação de sangue, independente de fator positivo ou negativo. Segue-se a análise dos Antígenos Leucocitários Humanos (HLA), que avalia os leucócitos ou células brancas do sangue e identifica a compatibilidade

entre os indivíduos. Por fim, a prova-cruzada de linfócitos (cross-match), mostra se o receptor tem anticorpos dirigidos contra os antígenos do doador e se rejeitará o órgão. Receber um órgão de alguém com antígenos semelhantes, aumenta o êxito do transplante.

Além disso, exames para avaliar o estado geral de saúde do receptor são necessários, como a uretrocistografia miccional e retrógrada (avalia função da bexiga e ureteres), raio X de tórax, eletrocardiograma, avaliação dentária e consulta ginecológica, para mulheres, ou exame de próstata, para homens, entre outros.

As chances de sucesso de um transplante dependem do êxito de uma cirurgia de

grande porte e das possibilidades de infecção pós-cirurgia e rejeição do órgão. “Além dos exames de histocompatibilidade realizados no pré-cirúrgico, outros fatores, como a vigilância sobre alguns vírus, deve ser realizada pela equipe médica que acompanha o paciente”, alerta o coordenador de infectologia clínica do Hospital do Rim e do Hospital São Luiz-Jabaquara, Daniel Wagner Santos.

O Citomegalovírus (CMV), maior vírus da família dos herpesvírus humano e comum na população em geral, pode

manifestar doenças em pessoas com sistema imunológico comprometido e em receptores de transplante de órgãos sólidos (TOS), causando doenças gastrointestinais, pneumonite, hepatite, encefalite, além de efeitos indiretos como a redução da sobrevida do paciente, aumento dos riscos de infecções por outros agentes infecciosos e disfunção do enxerto.

Já o BK Poliomavírus (BKV), vírus também presente em aproximadamente 90% da população e praticamente inofensivo para indivíduos imunocompetentes, é

uma grande causa de complicações pós-transplante. Esse vírus está associado à nefropatia pós-transplante renal, causando danos e perda do enxerto, ainda nos primeiros dois ou três anos pós-transplante.

Também o Epstein-Barr Vírus (EBV) está presente entre 3% e 5% dos transplantados de rim. Quando detectado no paciente, é necessário alterar o regime de imunossupressão, evitando o adoecimento.

Além do monitoramento de alguns vírus e manutenção de hábitos saudáveis, o paciente transplantado deve fazer uso de medicação contínua que ajuda a evitar a rejeição do órgão. Cuidados essenciais para melhoria da qualidade e expectativa de vida.

Além da oportunidade de doação, compatibilidade entre doador e receptor e acompanhamento pós-operatório são essenciais para o sucesso do procedimento

Câncer de rim pode ser diagnosticado precocemente

Os rins são órgãos de cor vermelho escuro, semelhantes a feijões, pesando aproximadamente 150 gramas. Estão localizados na porção superior da região lombar.

Várias são as funções do rim: filtrar o sangue e eliminar substâncias nocivas; manter o equilíbrio do pH sanguíneo e de eletrólitos; controlar a eritropoiese (produção de células vermelhas do sangue); produzir hormônios (aldosterona e prostaglandinas).

A American Cancer Society estima que em 2019 ocorram nos Estados Unidos cerca de 73.820 novos casos de câncer renal e aproximadamente 14.770 pessoas morrerão desta neoplasia, lembrando que a idade média do diagnóstico é 64 anos. É importante destacar que o tumor de rim está entre os 10 tipos de neoplasias mais frequentes no mundo e o carcinoma de células renais é o tipo tumoral mais comum.

A incidência do câncer de rim em estágio inicial

aumentou nos últimos anos e uma razão para isso é o uso disseminado do ultrassom e da tomografia computadorizada como métodos diagnósticos. O tumor renal normalmente é assintomático nos estágios iniciais e, quando avançado, o paciente pode apresentar sinais e sintomas como: sangue na sua urina; dor nas costas ou abdome; perda de apetite; emagrecimento inexplicável; cansaço; anemia; febre intermitente.

As causas que desencadeiam esse câncer não estão claras, mas vários fatores de risco são considerados e destacamos alguns: idade avançada; tabagismo; obesidade; hipertensão arterial; paciente com insuficiência renal crônica que necessita de diálise; algumas síndromes herdadas (doença de Von Hippel-Lindau, síndrome de Birt-Hogg-Dube); portadores de esclerose tuberosa; câncer renal hereditário; exposição profissional a certas substâncias, como por exemplo: cádmio (um tipo de metal), alguns herbicidas

e solventes orgânicos.

A cirurgia (nefrectomia) é a principal forma de tratamento, que pode remover apenas uma parte do rim ou a sua totalidade. E para esta decisão considera-se a extensão, volume e localização do tumor. A nefrectomia pode ser realizada de modo convencional (aberta) ou por técnicas minimamente invasivas, como a videolaparoscopia ou a cirurgia robótica. A melhor conduta é definida entre o paciente e o urologista, após análise de vários fatores como: características do tumor (tamanho, volume e localização), condições clínicas, doenças associadas e idade do paciente, condições técnicas do hospital, experiência profissional.

Ainda mencionamos que existem outras formas de tratamento para: tumores pequenos; localizados; e em estágios iniciais, como a Ablação por Crioterapia. A crioablação usa frio extremo para destruir o tumor. Uma sonda é inserida no tumor através da pele ou durante a laparoscopia.

Gases muito frios são passados através da sonda, criando uma bola de gelo na ponta que destrói a neoplasia.

Ablação por radiofrequência é uma técnica que usa ondas de rádio de alta energia que produzem calor na sua extremidade. Uma fina sonda é inserida até o tumor e destrói as células cancerosas, quando aquecida.

A técnica de ablação, como as outras técnicas, pode evoluir com complicações e destacamos os sangramentos e/ou danos aos rins e órgãos próximos.

A Vigilância Ativa é uma abordagem possível que pode ser indicada para pacientes idosos, com condições clínicas desfavoráveis, em tumores pequenos de baixa agressividade. E para isso, uma biópsia pode ser realizada visando caracterizar se a lesão é benigna ou maligna, além de identificar o grau de agressividade das células cancerígenas. Quando a doença é diagnosticada em estágio avançado, geralmente é tratada

por terapias direcionadas, uma vez que a quimioterapia pode ser ineficaz.

A terapia direcionada utiliza medicamentos que bloqueiam a angiogênese (crescimento dos novos vasos sanguíneos que nutrem o câncer) ou proteínas importantes nas células cancerígenas (chamadas tirosina quinases) que estimulam o crescimento e sobrevida tumoral.

A evolução dessa neoplasia é imprevisível e alguns tipos tumorais são muito agressivos, enquanto outros podem ter um crescimento extremamente lento. O importante é fazer o diagnóstico em estágios iniciais do câncer renal, uma vez que ainda não existem maneiras de evitá-lo e a taxa de sobrevida é significativa nessa condição. Converse com o seu Urologista regularmente visando medidas preventivas. Previna-se!

Marco Aurélio Lipay é doutor em Cirurgia (urologia) pela Unifesp (Universidade Federal de São Paulo)

Obesidade infantil: como

Número de crianças obesas aumentou dez vezes

A obesidade infantil é considerada uma epidemia global pela OMS (Organização Mundial da Saúde), e não é por menos: um estudo recente concluiu que o número de crianças obesas aumentou dez

vezes nos últimos 40 anos no mundo todo, e que, se essa tendência continuar, haverá mais crianças com excesso de peso do que abaixo do peso ideal até 2022.

A última pesquisa da organização, realizada

em 2016, apontou que 41 milhões de crianças e adolescentes, entre 5 e 17 anos, estavam acima do peso ou obesas. Os dados são tão alarmantes que cartilhas de orientação aos pais vêm sendo desenvolvidas

a fim de tentar reverter esse problema.

As recomendações de saúde mais recentes da OMS, por exemplo, indicam horas de sono e atividades físicas como parte da rotina das crianças.

O que é obesidade infantil?

A obesidade infantil acontece quando uma criança está com peso maior que o recomendado para sua idade e altura. De acordo com o IBGE, o índice de obesidade infantil no Brasil faz com que uma a cada três crianças esteja pesando mais que o recomendado. As faixas de IMC (Índice de Massa Corporal) determinadas para crianças são diferentes dos adultos e variam de acordo com gênero e idade. Temos um guia

que ajuda a calculá-lo.

Os quilos extras podem ter consequências para as crianças até a sua vida adulta, mesmo que a obesidade seja revertida nesse período. Doenças como diabetes, hipertensão e colesterol alto são algumas consequências da obesidade infantil não tratada. A condição também pode levar a baixa autoestima e depressão nas crianças.

CAUSAS

Diversos fatores podem causar obesidade

infantil. Entre as mais comuns estão fatores genéticos, má alimentação, sedentarismo ou uma combinação desses fatores. Além disso, a obesidade em crianças também pode ser decorrente de alguma condição médica, como doenças hormonais ou uso de medicamentos a base de corticoides.

Apesar de ser uma condição com influência genética, nem todos os pais com obesidade também terão filhos

com o problema, assim como aqueles pais e mães com peso recomendado podem gerar filhos com obesidade. Isso porque a obesidade infantil também tem ligação com os hábitos alimentares da criança e da família, bem como a realização de atividades físicas.

Dessa forma, a alimentação da criança e a quantidade de exercícios físicos que ela pratica são fatores determinantes para o aparecimento da obe-



sidade infantil, ainda que exista histórico familiar do problema. Ficar atento a esses hábitos pode ajudar a prevenir a condição pela vida toda.

O que deve ser feito para evitar a obesidade infantil?

*Agende anualmente visitas de acompanhamento para sua filha ou filho

*Dê um bom exemplo. Certifique-se de comer alimentos saudáveis e fazer exercícios regularmente

*Evite disputas de poder relacionadas com os alimentos. Não use doces ou outros pratos como recompensa ou punição para as atitudes da criança

*Enfatize o positivo, destacando o lado positivo da boa alimentação e do exercício

*Seja paciente. Muitas crianças com excesso de peso podem chegar a um peso saudável com o crescimento. Perceba, também, exagerar nas recomendações de dieta e atividade física pode sair pela culatra, fazendo a criança comer mais e aumentando o risco de um distúrbio alimentar.

Fatores de risco

Alguns fatores podem aumentar o risco de obesidade em crianças e adolescentes. Veja:

- *Dieta desequilibrada, rica em fast foods, alimentos industrializados e congelados, refrigerantes, doces e frituras
- *Sedentarismo, uma vez que a atividade física ajuda a queimar as calorias ingeridas
- *Histórico familiar de obesidade, uma vez que a doença tem influência genética e os maus hábitos alimentares podem ser ensinados de pai para filho

- *Fatores psicológicos, como estresse ou tédio, podem fazer as crianças comerem mais do que o normal
- *Diagnóstico e Exames
- *Buscando ajuda médica
- *Se você tem alguma preocupação com o peso do seu filho ou filha, marque uma consulta médica. O pediatra irá considerar a história individual da criança, assim como seu crescimento e desenvolvimento.

Quais são os riscos da obesidade infantil?

A obesidade infantil aumenta o risco de uma série de condições, incluindo:

- Colesterol alto
- Hipertensão
- Doença cardíaca precoce
- Diabetes tipo 2
- Problemas ósseos
- Síndrome metabólica
- Distúrbios do sono
- Esteatose hepática não alcoólica

- Puberdade precoce
- Depressão
- Asma e outras doenças respiratórias
- Condições de pele como brotoeja, infecções fúngicas e acne
- Baixa autoestima
- Problemas de comportamento

Especialistas que podem diagnosticar e tratar obesidade infantil são:

Pediatra
Endocrinologista
Nutrólogo
Nutricionista

DIA DOS NAMORADOS
Namorados

Amor
DO SEU
Jeito

Bella Mulher
moda íntima



Como evitar esse problema?

Obesidade nas últimas quatro décadas no mundo todo

Verifique se seu filho está acima do peso

O IMC (Índice de Massa Corporal) é uma medida usada para estabelecer se a pessoa está numa faixa de peso normal, ou se está com sobrepeso, obesidade e até baixo peso. Para adultos, normalmente as medidas

são específicas: IMC entre 18,5 e 25 é normal, enquanto acima de 25 já representa sobrepeso e além de 30 já é obesidade. Porém, para crianças, essas faixas não se aplicam, e podem inclusive levar ao pai a acreditar que está tudo bem com a peso do filho, quando na verdade ela pode já estar com obesidade infantil.

As faixas de IMC para as crianças mudam de acordo com a idade e o sexo, e para orientar os médicos existem tabelas da OMS (Organização Mundial da Saúde)

CÁLCULO DO IMC

$$IMC = \frac{PESO}{ALTURA \times ALTURA}$$

para fazer esse cálculo. Mas os pais também podem se orientar por essas tabelas.

Passa o leitor de QR code do seu celular para ter acesso às tabelas.

Atenção:

O IMC não considera fatores como a quantidade de massa muscular (magra) e a estrutura física da criança, uma vez que o crescimento pode variar muito de uma para outra. Dessa forma, o médico ou médica pode avaliar outros tópicos para determinar se o peso da criança está afetando sua saúde. Confira:

- *História familiar de obesidade e problemas de saúde relacionados com o peso, como diabetes
- *Hábitos alimentares da criança
- *Nível de atividade física que a criança faz
- *Outras condições de saúde de que a criança pode ter

O IMC não considera fatores como a quantidade de massa muscular (magra) e a estrutura física da criança, uma vez que o crescimento pode variar muito de uma para outra. Dessa forma, o médico ou médica pode avaliar outros tópicos para determinar se o peso da criança está afetando sua saúde. Confira:

- *História familiar de obesidade e problemas de saúde relacionados com o peso, como diabetes
- *Hábitos alimentares da criança
- *Nível de atividade física que a criança faz
- *Outras condições de saúde de que a criança pode ter



Tratamento exige mudanças no estilo de vida

O tratamento da obesidade é complexo e envolve várias especialidades da saúde. Não existe tratamento farmacológico em longo prazo que não envolva mudança de estilo de vida.

Há várias opções de tratamento para a obesidade infantil e o sobrepeso. Quanto maior o grau de excesso de peso, maior a gravidade da doença. As crianças devem ser abordadas individualmente e conforme a idade, uma vez que cada uma pode

apresentar diferentes fatores que aumentam seu risco para obesidade.

Para crianças e adolescentes que estão acima do peso recomendado ou com obesidade leve, sem risco de desenvolver outras doenças, pode ser recomendada apenas a manutenção. Isso porque o crescimento da criança pode fazer com que ela entre numa faixa de IMC saudável, sem necessariamente precisar emagrecer.

Já para crianças com

obesidade instalada e risco de desenvolver outras doenças, a perda de peso é recomendada. O emagrecimento deve ser

lento e constante, e os métodos são os mesmos adotados para adultos - ou seja, comer uma dieta saudável e praticar exercí-

cios. O sucesso depende em grande parte de seu compromisso de ajudar seu filho ou filha a fazer essas mudanças.

Prática de atividade física

Além de queimar calorias, os exercícios físicos também ajudam a fortalecer os ossos e músculos das crianças, melhoram seu humor e ajudam no sono. Outro fator importante é que o incentivo à atividade física na infância pode fazer com que a criança mantenha esses hábitos no futuro, evitando a obesidade ao longo da vida.

Crianças devem fazer pelo menos um tipo de atividade física todos os dias, seja ela programada (academia, esportes ou aulas de dança, por exemplo) ou não programada (brincadeiras, como pega-pega, esconde-esconde e usar os brinquedos de um parque).

Cirurgia

A cirurgia bariátrica pode ser uma opção segura e eficaz para alguns adolescentes severamente obesos que não conseguiram perder peso através de convencionais. No entanto, como com qualquer tipo de cirurgia, há risco de complicações. Além disso, os efeitos a longo prazo da cirurgia de perda de peso no crescimento e desenvolvimento futuro de um adolescente são em grande parte desconhecidos.

É importante que o adolescente seja acompanhado por uma equipe de especialistas, como endocrinologista, nutricionista, pediatra e psicólogo.

Mesmo assim, a cirurgia não é a resposta fácil para perda de peso. Ela não garante que a criança vai perder o excesso de peso, nem mesmo que o peso será mantido depois. Também não substitui a necessidade de seguir uma dieta saudável e um programa de atividade física regular.

Alimentação saudável

Os pais são os que compram a comida, cozinhar os alimentos e decidir onde o alimento é ingerido. Mesmo pequenas mudanças podem fazer uma grande diferença na saúde do seu filho:

Invista nas frutas, legumes e vegetais
Prefiro alimentos integrais aos refinados
Evite alimentos como biscoitos, bolachas e refeições prontas. Elas são ricas em açúcar, sódio e gorduras - tudo o que sua filha ou filho não pode comer em excesso
Limite o consumo de bebidas adoçadas, incluindo os sucos industrializados. Essas bebidas são muito calóricas e oferecem poucos ou nenhum nutriente
Reduza o número de vezes em que a família vai comer fora, especialmente em restaurantes de fast-food. Muitas das opções do menu são ricas em gordura e calorias
Sirva porções adequadas, uma vez que as crianças comem bem menos do que os adultos. Se sua filha ou filho não conseguiu comer todo o prato, não o force a terminar

Medicamentos

Para casos graves de obesidade infantil, já associados com outras condições, podem ser prescritos medicamentos. No entanto, o tratamento farmacológico não é frequentemente recomendado para adolescentes e crianças - a não ser que ele tenha alguma doença que necessite de tratamento com remédios como distúrbios da tireoide ou colesterol alto.

Mesmo assim, os medicamentos não substituem a adoção de hábitos saudáveis, como dieta e prática de exercícios.

Fique de olho no prato do seu filho

Além do incentivo a uma vida mais ativa, ficar de olho no que é colocado no prato das crianças também é essencial, já que "o excesso de peso sempre vem como consequência do consumo excessivo de calorias", como explica a nutricionista do Oba Hortifrutti, Renata Guirau.

Faltando pouco tempo para o Dia da Conscientização Contra a Obesidade Mórbida Infantil - 3 de junho, a nutricionista dá dicas de alimentos que são podem faltar na dieta de uma criança, cita medidas simples para sempre implementadas na rotina alimentar da família, e ensina receitas saborosas e saudáveis para diferentes momentos do dia dos pequenos.

ALIMENTOS QUE NÃO PODEM FALTAR

Fontes de ferro: para prevenir anemias e favorecer a boa oxigenação dos tecidos corporais (carnes, feijões, verduras escuras).

Fontes de cálcio: para favorecer a boa formação óssea e dos dentes (leite e derivados, vegetais escuros e sementes, como a de gergelim).

Fontes de vitaminas do complexo B: importantes para o metabolismo energético e para o sistema nervoso central (carnes, arroz, feijões, vegetais escuros).

Fontes de vitamina A: atua na imunidade, na saúde da visão e da pele (vegetais amarelo alaranjados, leite integral, queijos amarelos, verduras verde-escuras).

"De forma geral, a alimentação deve se basear em "comida de verdade", o mais fresca possível e preparada com ingredientes de qualidade nutricional elevada, com consumo frequente de frutas, legumes e verduras, além de carnes, feijões, cereais e laticínios", indica Renata Guirau.

Já alimentos ultraprocessados, como biscoitos recheados, salgadinho, balas, chicletes, iogurte açucarados, refrigerantes, sucos artificiais, alimentos fritos e fast foods devem estar fora do cardápio de uma criança, segundo a nutricionista.

COMO PROMOVER UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL DENTRO DE CASA?

Para melhorar a alimentação dos filhos, é fundamental que os pais e cuidadores sejam exemplos. Aliado a isso, existem ações simples que podem ser acrescentadas na rotina familiar para incentivar os hábitos alimentares saudáveis ainda na infância:

Mantear frutas, legumes e verduras sempre presentes e, se possível, já lavados para que a criança possa pegar na fruteira ou geladeira

Permitir que a criança participe da compras no supermercado e no preparo das refeições

Estimular refeições em família, sentados à mesa

Dar autonomia desde cedo para a criança se alimentar sozinha, com alimentos na textura que seja possível que a criança pegue sozinha

Estabelecer regras para o consumo de guloseimas, sempre definindo de forma a promover

a moderação

Evitar o consumo regular de refrigerantes e sucos artificiais

Não comprar guloseimas para deixar estocadas em casa

Não distrair as crianças com televisão, celular ou tablets na hora das refeições

Não oferecer açúcar antes dos dois anos de idade (para favorecer uma boa formação de paladar para alimentos saudáveis)

Não oferecer guloseimas como recompensa por bom comportamento, ou por "comer tudo o que tem no prato"

Qual é o melhor parto para mim?

Parto cesárea, fórceps, humanizado, de Lótus, normal. Alberto Guimarães, ginecologista, obstetra, defensor dos conceitos de Parto Humanizado pode lhe ajudar a decidir como será o nascimento do bebê. O especialista explica sobre os diferentes tipos e o funcionamento de cada um deles. Confira.

PARTO CESÁREA

É indicado para uma gestante que está em trabalho de parto e precisa se submeter ao método por causa de alguma complicação. De maneira suave e tranquila por incisão no útero, acontece a exteriorização da cabeça e, depois, a retirada do restante do corpo do bebê. “O que precisamos ressaltar é que esse útero, fora de trabalho de parto, não está se contraindo naturalmente e, portanto, a saída do bebê não é algo automático. Então, não é algo tão fisiológico assim como no parto normal”, aponta.



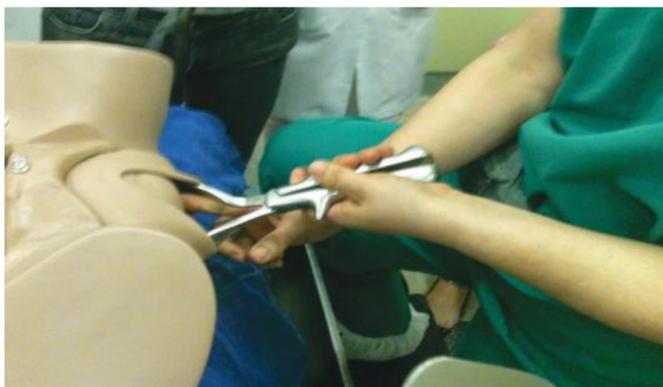
PARTO DE LÓTUS

Após o nascimento, o bebê se mantém ligado à placenta pelo cordão umbilical até que haja descolamento ou queda natural. Algumas gestantes adotam este método por acreditarem nos benefícios espirituais. “Sem dúvidas, essa espera de ligadura tardia do cordão é muito importante e traz inúmeras vantagens ao bebê: o sangue continuará levando oxigênio, ferro, nutrientes e hormônios e, por isso, não há motivos para se fazer o seu corte tão rapidamente. A equipe médica pode esperar a parada da pulsação para realizar o corte do cordão”, diz Guimarães.



PARTO FÓRCEPS

Ferramenta cirúrgica semelhante a uma colher, é utilizada para ajudar no trabalho de parto normal, mas que a criança não consegue nascer espontaneamente



PARTO HUMANIZADO

Não está relacionado a uma técnica, mas a uma circunstância quando a mulher tem o controle da situação e as suas decisões são respeitadas e levadas em consideração. Nesse caso, entende-se que a ação é um ato fisiológico e natural da humanidade, independentemente do local.



Além disso, para auxiliar a gestante com o máximo de conforto, é possível utilizar banheiras, bolas de pilates e exercícios para facilitar o nascimento do bebê.

PARTO NORMAL



Refere-se ao nascimento por via vaginal. Nesse procedimento, o bebê tem uma chance maior de nascer maduro, e com um pulmão funcionando melhor. Também está mais pensoso a ser amamentado logo ao nascer. Além disso, cortar o cordão umbilical na hora adequada possibilita que uma quantidade de sangue da placenta passe para o bebê permitindo que ele tenha menos chance de ter uma anemia na fase inicial. “Para a mãe, há uma grande possibilidade de ter menos sangramento, menos infecção e, ainda, não compromete o útero em uma futura gravidez. A recuperação costuma ser mais rápida e eficaz”.

Fonte: <https://www.partosemmedo.com.br/>

Útero retrovertido e fertilidade: entenda essa relação

A saúde feminina transita em torno de alguns grandes mitos, entre eles, a dificuldade em engravidar quando a mulher é diagnosticada com útero retrovertido. De acordo com o ginecologista do Hospital Edmundo Vasconcelos Fernando Moreira de Andrade, a condição é frequente e não passa de uma mudança anatômica, não interferindo na fertilidade.

A mudança, citada pelo

médico, refere-se à posição do útero, que pode ser descoberta em um exame de rotina. Na maioria das vezes, o órgão está voltado para a bexiga, já nos casos de útero retrovertido, esse posicionamento segue em sentido ao reto.

“Essa alteração não é considerada uma doença e não traz consequência grave ao organismo. Portanto, não há tratamento para reverter o posicionamento do

útero”, tranquiliza Andrade.

As mulheres nessa condição, entretanto, podem sentir incômodos ao evacuar ou mesmo durante a relação sexual. Para estes casos, o tratamento é direcionado apenas aos sintomas, seja com medicação, ou mesmo adaptação com a escolha de posições mais confortáveis para o casal no momento da relação.

O especialista lembra que mesmo

após engravidar não é preciso ter atenção especial, pois entre os 3 e 4 meses de gestação, com o crescimento do útero, o órgão fica na disposição convencional.

“Depois desse período da gravidez, em um ultrassom, é difícil saber se a paciente tem ou não útero retrovertido. Mas é importante salientar que após o parto, o órgão volta a sua posição de origem”, complementa o ginecologista.

Aids: Brasil mais do que dobra tempo de sobrevivida

O sucesso das políticas públicas de combate ao HIV/Aids no Brasil, que desde 1996 garante o tratamento universal e gratuito no SUS (Sistema Único de Saúde) para pacientes com Aids, reflete no aumento do tempo de vida dessa população. É o que mostra o Estudo de Abrangência Nacional de Sobrevida e Mortalidade de Pacientes com Aids no Brasil.

A pesquisa aponta que 70% dos adultos e 87% das crianças diagnosticadas entre 2003 e 2007 tiveram sobrevida superior a 12 anos. O último estudo a analisar a sobrevida desses pacientes no País foi realizado em 1999 e mostrava uma sobrevida de cerca de nove anos (108 meses). Em 1996, antes de o Ministério da Saúde ofertar o tratamento universal aos pacientes com Aids, a sobrevida era estimada em cerca de cinco anos (58 meses).

A pesquisa foi realizada com 112.103 pacientes adultos e 2.616 crianças de todo o País, entre 2003 e 2007. Desse total, 70% dos adultos (77.659) e 87% (2.289) das crianças permaneciam vivos até o fechamento dos dados para o estudo, em 2014. Dos adultos que foram a óbito, 27.147 morreram em decorrência da Aids e 7.297 por outras causas



não relacionadas à doença. Entre as crianças, 280 morreram em decorrência da Aids e 47 de outras causas.

Para chegar ao resultado, a pesquisa levou em consideração outros fatores, além do tempo de vida entre o diagnóstico e o óbito, como a taxa de mortalidade de Aids no período, análises estatísticas e modelos de riscos. No período do estudo (2003 a 2007), a taxa de mortalidade por Aids em adultos teve queda de 89,1% e, em crianças, a

redução foi de 88,8%.

O diretor do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, do Ministério da Saúde, Gerson Pereira, destaca a importância dos resultados do estudo para o acompanhamento da dinâmica da epidemia de Aids no País. "Temos registrado um aumento importante da sobrevida das pessoas com Aids. Isso se deve não só à evolução do tratamento antirretroviral,

mas também à resposta brasileira para epidemia, que garante o tratamento para todos. O Brasil também investe cada vez mais na melhoria do diagnóstico, por meio da ampliação do acesso à testagem e à redução do tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento", explica Gerson.

A previsão é de que 16 milhões de testes de HIV sejam distribuídos em 2019. Em 2018, foram 13,8 milhões e, em 2017, 11,8 milhões.

Combate e prevenção ao HIV/Aids

O sucesso das estratégias de resposta brasileira ao HIV/Aids é reconhecido internacionalmente, sobretudo pelo protagonismo e pelo pioneirismo em implantar e ampliar a assistência às pessoas vivendo com HIV/Aids. O Brasil foi um dos primeiros países - e o único, considerando sua dimensão populacional - a adotar a distribuição gratuita dos medicamentos para a Aids no seu sistema público de saúde, em 1996.

Em relação à prevenção, o Ministério da Saúde vem diversificando as ações dentro de um conceito de prevenção combinada (uso de vários métodos), que inclui a distribuição de preservativos masculinos e femininos, gel lubrificante, ações educativas e ampliação do acesso a novas tecnologias, como a profilaxia pós-exposição e a profilaxia pré-exposição.

Panorama atual da Aids no Brasil

Como resultado de todas as estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde, o Brasil chegou aos 30 anos de luta contra o HIV/Aids com queda no número de óbitos por Aids no País.

Segundo o último boletim epidemiológico, em quatro anos a taxa de mortalidade pela doença passou de 5,7 por 100 mil habitantes, em 2014, para 4,8 óbitos, em 2017. A garantia do tratamento para todos - lançada em 2013 - e a melhoria do diagnóstico contribuíram para a queda, além da ampliação do acesso à testagem e a redução do tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento.

Atualmente, estima-se que 866 mil pessoas vivam com o vírus HIV no Brasil e a epidemia no País é considerada estabilizada. Em 2017, foram diagnosticados 42.420 novos casos de HIV e 37.791 casos de Aids.

Ter o HIV não é o mesmo que ter Aids. O HIV é o vírus da imunodeficiência humana

e causador da Aids, que ataca o sistema imunológico. Muitas pessoas vivem durante anos com o vírus HIV e não apresentam sintomas ou desenvolvem Aids.

No entanto, mesmo sem manifestar a doença, quem tem o vírus HIV pode transmiti-lo por relações sexuais desprotegidas, compartilhamento de seringas contaminadas ou de mãe para filho durante a gravidez e a amamentação - quando não tomam as devidas medidas de prevenção. Por isso, o Ministério da Saúde reforça a importância de fazer o teste regularmente e se proteger em todas as situações.

TAXA MENOR

A taxa de detecção de Aids vem caindo no Brasil nos últimos anos, com redução de 9,4% entre 2007 e 2017, passando de 20,2 casos/100 mil habitantes para 18,3 casos/100 mil habitantes no período. Entre 1980 e junho de 2018, foram detectados 982.129

casos de Aids no País.

Desde a implementação do tratamento para todos, em 1996, até junho de 2018, 593 mil pessoas com HIV/Aids estavam em tratamento no País. A maioria (87%) faz uso do dolutegravir, um dos medicamentos mais modernos do mundo, que está disponível gratuitamente no SUS. O medicamento aumenta em 42% a chance de supressão viral entre adultos, quando comparado ao tratamento anterior, usando o efavirenz. A supressão viral é a diminuição da quantidade do vírus no sangue da pessoa vivendo com HIV pelo uso correto do antirretroviral adequado. Neste estágio, o vírus não oferece mais risco à saúde do indivíduo, retardando o aparecimento da Aids e impedindo a transmissão do vírus nas relações sexuais.

E SE DER POSITIVO?

O diagnóstico da infecção pelo HIV é feito por exames

de sangue ou por teste rápido, que detecta os anticorpos contra o HIV em cerca de 30 minutos. Esses testes são realizados gratuitamente pelo SUS (Sistema Único de Saúde) nas unidades da rede pública e nos CTA (Centros de Testagem e Aconselhamento), e podem ser feitos de forma anônima.

Nesses centros, além da coleta e da execução dos testes, há um processo de aconselhamento para facilitar a correta interpretação do resultado. Caso o primeiro exame dê resultado positivo para HIV, o paciente recebe toda a assistência do serviço de saúde e realiza um segundo exame (esse de sangue) para confirmar o diagnóstico, 30 dias após o primeiro teste.

Confirmado o diagnóstico, os serviços de saúde realizam as ações de assistência e orientação para o tratamento. Alguns desses serviços também oferecem cuidados de enfermagem, orientação e apoio

psicológico, atendimentos em infectologia, ginecologia, pediatria e odontologia. Também fazem o controle e distribuição de antirretrovirais, orientações farmacêuticas, exames de monitoramento do HIV, distribuição de insumos de prevenção, atividades educativas para adesão ao tratamento e para prevenção e controle de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e Aids.

TRATAMENTO GRATUITO

Todas as pessoas diagnosticadas com HIV recebem tratamento gratuito pelo SUS. Atualmente, existem 21 medicamentos disponíveis. O uso regular e correto dos antirretrovirais melhora a qualidade de vida, reduz o número de internações e infecções por doenças oportunistas. Além disso, é importante seguir as recomendações médicas, comparecer às consultas, manter uma boa alimentação e praticar exercícios físicos.

Junho Vermelho: doe sangue

A campanha Junho Vermelho surgiu com o intuito de conscientizar a população quanto à doação de sangue. Como uma das “culturas” adotadas pela sociedade brasileira, não é muito comum que a população se disponha a renovar os estoques de sangue nos hemocentros. Enquanto alguns tabus ainda circulam, a ideia é tentar quebrá-los mais uma vez: a doação de sangue é um processo totalmente seguro. Portanto, não há risco para o doador.

De acordo com a Fundação Pró-Sangue, os estoques giram em cerca de 35% do nível considerado ideal. A informação do Ministério de

Saúde é de que a doação de cerca de 3% a 5% da população seria ideal para ficarmos “tranquilos”. Sobretudo, a média é menor que 2%.

Por conta dessa realidade, em junho diversas instituições se reúnem a fim de que mais pessoas se tornem doadoras. Mesmo com o grande avanço científico, ainda não há o que substitua o sangue humano, só podemos contar com a solidariedade e empatia.

O sangue coletado dos doadores é utilizado em emergências e situações de urgência, além de ser usado para pacientes específicos em internações ou problemas de saúde mais sérios.

A escassez de estoque se torna preocupante.

ESTRATÉGIAS

O Ministério de Saúde optou por reduzir a idade mínima para 16 anos e aumentar a máxima para 69, compreendendo nessa faixa grande parte da população.

Em estados brasileiros, como São Paulo e Brasília, os doadores ganham benefícios, como isenção em concursos públicos. Há também o direito de folga quando há doação e em alguns postos a coleta pode ser agendada.

Esses meios foram adotados para que houvesse mais incentivo na doação contínua de sangue.



Condições para doação de sangue

Para estar apto a doar sangue você precisará passar por algumas etapas no dia da coleta:

- *coleta de informações;
 - *teste de anemia e dos sinais vitais;
 - *verificação de peso;
 - *triagem clínica com objetivo de identificar se há risco para o doador e/ou receptor;
 - *voto de autoexclusão - onde o candidato responde há diversas perguntas secretamente -, esta etapa costuma gerar diversas críticas por algumas bolsas serem descartadas sem ao menos passar para a avaliação;
 - *e, por fim, a coleta.
- Alguns fatores de risco a longo prazo impedem a doação de sangue como:
- *uso de drogas ilícitas;
 - *hepatite após os 12 anos de idade;
 - *evidência clínica de

- doenças infecciosas transmissíveis pelo sangue;
- *malária.
- Outros fatores a pequeno prazo:
- *ingestão de bebida alcoólica no dia da coleta;
- *tatuagem a menos de 1 ano;

- *extração dentária a 72 horas;
- *gravidez e outras mais.

Vale ressaltar que a verdade é imprescindível em todo o processo.

Doação de Sangue

Para doar:

- Ser saudável
- Ter entre 16 e 69 anos
- Não fumar 2h antes e depois da doação
- Não estar em jejum
- Não comer comidas gordurosas
- Não ter feito endoscopia 6 meses antes da doação
- Não ter feito piercing e tatuagem 12 meses antes da doação

Não podem doar:

- Quem está com gripe, febre ou infecção
- Alcoolistas crônicos
- Portadores de Malária, Sífilis ou Doença de Chagas
- Quem ingeriu bebida alcoólica 3 dias antes da doação
- Quem fez endoscopia 6 meses antes da doação
- Quem fez piercing e tatuagem 12 meses antes da doação

Fonte: Hemocentro de Campinas

		COMPATIBILIDADE DOADOR							
		O-	O+	B-	B+	A-	A+	AB-	AB+
RECEPTOR	AB+	•	•	•	•	•	•	•	•
	AB-	•		•		•		•	
	A+	•	•			•	•		
	A-	•				•			
	B+	•	•	•	•				
	B-	•		•					
	O+	•	•						
	O-	•							



Peça já o seu.
Cartão de TODOS.

O maior cartão de descontos do Brasil.

POR APENAS	CONSULTAS	
R\$ 21,90	R\$ 20,00	R\$ 28,00
MENSAIS PARA TODA A FAMÍLIA	CLÍNICO GERAL	DEMAIS ESPECIALIDADES

Cartão de TODOS
Bom pra todos.

Cascavel
(45) 3306-8995
Rua São Paulo, 701 - Centro